

## Burkina Faso Nutrition Survey Round 2: Female – Child Questionnaire

<p>ERREUR : Ce formulaire n'est pas relié. Ce formulaire ne devrait pas être créé directement sans passer d'abord par un questionnaire ménage.</p> <p>Veuillez remplir un questionnaire ménage pour générer les questionnaires femme/enfant et les utiliser.</p>	
--	--

<p>LISEZ CET AVERTISSEMENT: Ce Questionnaire femme n'est pas lié à un Questionnaire ménage</p> <p>Continuez UNIQUEMENT s'il n'y a pas déjà un Questionnaire femme lié qui se trouve sous le menu "Editer un Formulaire Sauvegardé"</p>	
<p>Appuyez sur OK pour continuer</p>	<input type="radio"/> OK

<p>Avez-vous cherché un Questionnaire Femme/Enfant lié sous le menu de "Editer un Formulaire Sauvegardé" ?</p>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
--	--

<p>Fournissez votre signature pour admettre qu'il n'y a pas de Questionnaire Femme/Enfant lié.</p>	
--	--

<p>Fermez et sortez de ce questionnaire sans sauvegarder. Cherchez un Questionnaire femme lié sous le menu "Editer un Formulaire Sauvegardé"</p>	
--	--

Région:	
Province:	
Commune:	
Géoréférencement	
Zone de dénombrement:	
Numéro de la Structure:	
Numéro du Ménage:	

<p>002. Votre nom: [Nom de l'enquêtrice du Questionnaire Ménage] Est-ce votre nom?</p>	
<p>Est-ce bien votre numéro d'identification?</p>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

<p>002. Indiquez votre numéro d'identification ci-dessous.</p> <p><i>Veuillez saisir votre numéro d'identification</i></p>	
--	--

<p>003a. Date et heure actuelles : Est-ce bien la bonne date et la bonne heure ? [ODK affichera ces informations à l'écran]</p>	<p>Jour:</p>
---	--------------

	Mois: Année:
La date et l'heure sont-elles correctes?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

003b. Veuillez saisir la date et l'heure

Jour:  
Mois:  
Année:

004a. Les informations suivantes sont tirées du Questionnaire Ménage. Veuillez vous assurer que vous êtes en train d'interviewer la bonne personne. [ODK affichera la Subdivision Administrative, Zone de Dénombrement, Numéro de la Structure, et le Numéro du Ménage saisi dans le Questionnaire Ménage relié au Questionnaire Femme / Enfant.] Les informations ci-dessus sont-elles exactes ?	
004a. Les informations suivantes proviennent du Questionnaire ménage. Veuillez les relire pour vous assurer que vous interrogez la bonne personne.	
Région: \${level1_unlinked}	
Province: \${level2_unlinked}	
Commune: \${level3_unlinked}	
Lieu:	
Zone de dénombrement: \${EA_unlinked}	
Numéro de la Structure: \${structure_unlinked}	
Numéro du Ménage: \${household_unlinked}	
004b. Les informations ci-dessus, sont-elles correctes?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

005a. CONTRÔLE: Vous devriez essayer d'interviewer \${firstname}. Est-ce correct ?  
*Si mal orthographié, sélectionnez « oui » ici et actualisez le Nom à la question "011." Si ce n'est pas la bonne personne, vous avez deux options : (1) sortez et ignorez les changements apportés à ce questionnaire. Ouvrez le bon questionnaire. Ou (2) trouvez et interviewez la personne dont le Nom est affiché ci-dessus.*

Oui  
 Non

005b. CONTRÔLE : Vous devriez essayer d'interviewer la mère biologique de \${firstname}.  
*Si la mère biologique ne vit pas dans le ménage, vous devriez interviewer la principale personne responsable de prendre soin de l'enfant. Si son nom est mal orthographié, sélectionnez « oui » ici et actualisez le Nom à la question "011."  
 Si ce n'est pas la bonne personne, vous avez deux options :  
 (1) sortez et ignorez les changements apportés à ce questionnaire. Ouvrez le bon questionnaire.*

Oui  
 Non

<p><i>Ou</i> <i>(2) trouvez et interviewez la personne dont le Nom est affiché ci-dessus.</i></p>	
<p>005c. Quel est le lien de l'enquêté(e) avec <math>\{firstname\}</math> ?</p>	<p> <input type="radio"/> Mère  <input type="radio"/> Père  <input type="radio"/> Grand-mère  <input type="radio"/> Grand-père  <input type="radio"/> Sœur  <input type="radio"/> Frère  <input type="radio"/> Autre membre de la famille  <input type="radio"/> Ne sait pas  <input type="radio"/> Pas de réponse         </p>
<p>006. La personne à interroger est-elle présente et disponible pour répondre au questionnaire aujourd'hui ?</p>	<p> <input type="radio"/> Oui  <input type="radio"/> Non         </p>
<p>007. Connaissez-vous l'enquêtée?</p>	<p> <input type="radio"/> Oui, très bien  <input type="radio"/> Oui, bien  <input type="radio"/> Oui, mais pas très bien  <input type="radio"/> Non         </p>
<p><b>CONSENTEMENT ECLAIRE</b>  <i>Veillez trouver la femme âgée entre 10 et 49 ans associée à ce questionnaire femme/enfant ou la mère biologique/le gardien/un membre du ménage responsable de prendre soin de l'enfant associé à ce questionnaire femme/enfant. L'interview doit se dérouler en privé. Veillez lire le message suivant à la personne interrogée.</i></p>	
<p>Bonjour. Je m'appelle _____ et je travaille pour l'Institut Supérieur des Sciences de la Population. Nous menons une enquête locale qui pose des questions aux femmes sur l'alimentation de leurs ménages. Nous apprécierons grandement votre participation à cette enquête. Ces renseignements aideront à informer le gouvernement afin de planifier de meilleurs services de santé. L'enquête dure généralement entre 30-45 minutes. Toute information que vous nous fournirez demeurera strictement confidentielle et ne sera montrée à personne d'autre que les membres de notre équipe.</p> <p>La participation à cette enquête se fait sur la base du volontariat, et si vous ne souhaitez pas répondre à une question en particulier, faites-le moi savoir et nous passerons à la suivante ; vous pouvez également arrêter l'interview à tout moment. Cependant, nous espérons que vous accepterez de participer à cette enquête car votre point de vue est importante.</p> <p>Jusque là, avez-vous des questions sur cette enquête ?</p>	
<p>009a. Veuillez remettre un exemplaire papier du Formulaire de Consentement à la personne interrogée et le lui expliquer. Ensuite, demandez: Puis-je commencer l'entretien à présent?</p>	<p> <input type="radio"/> Oui  <input type="radio"/> Non         </p>
<p>009b. Signature de l'enquêtée  <i>Veillez demander à la personne interviewée de signer ou cocher la case en signe de son acceptation à participer.</i></p>	

009b. Case à cocher	<input type="radio"/>
---------------------	-----------------------

ATTENTION: l'enquêtée n'a pas signé ou coché la case, bien qu'elle ait donné son consentement pour être interviewée. Pour continuer l'enquête, l'enquêtée doit signer ou cocher la case.  
*Vous pouvez revenir à l'écran précédent pour obtenir la signature ou cocher la case, ou bien retourner à la question 009b pour indiquer que la personne ne souhaite pas être enquêtée.*

010c. Nom de l'enquêtrice : [nom de l'enquêtrice du Questionnaire Ménage] Veuillez cocher votre nom en tant que témoin du processus de consentement. <i>Veuillez saisir votre numéro d'identification en tant que témoin au consentement.</i>	<input type="radio"/>
--	-----------------------

010. Numéro d'identification de l'enquêtrice.  
 Veuillez saisir votre numéro d'identification en tant que témoin au consentement. Vous avez auparavant saisi "{\$name\_typed}."

011a. Prénom de l'enquêtée <i>Vous pouvez corriger si le nom est mal orthographié, mais vous devez interroger la personne dont le prénom s'est affiché ci-dessous</i>	
011b. Prénom de l'enfant <i>Vous pouvez corriger si le nom est mal orthographié, mais vous devez interroger la personne dont le prénom s'est affiché ci-dessous</i>	
#####	

012a. En quel mois et quelle année êtes-vous né(e) ? L'âge dans le Tableau du ménage est \${age}	
012a. En quel mois et quelle année êtes-vous né(e) ?	
012b. En quel mois et quelle année \${firstname} est-il/elle né(e) ? La date de naissance dans le Tableau du ménage est : \${age_under_10}	
012b. En quel mois et quelle année \${firstname} est-il/elle né(e) ?	
Mois:	<input type="radio"/> Janvier <input type="radio"/> Février <input type="radio"/> Mars <input type="radio"/> Avril <input type="radio"/> Mai <input type="radio"/> Juin <input type="radio"/> Juillet <input type="radio"/> Août <input type="radio"/> Septembre <input type="radio"/> Octobre <input type="radio"/> Novembre

	<input type="radio"/> Décembre <input type="radio"/> Ne sait pas
Année:	Année:

ATTENTION INELIGIBLE : La date de naissance que vous avez saisie à la question 012b est  $\{\text{birthdate\_lab}\}$ , ce qui le/la rend inéligible à cette interview. Il/elle doit avoir moins de 5 ans.

Si cette date de naissance est correcte, allez à la fin de l'interview.

Si ce n'est pas la bonne date de naissance, retournez en arrière à l'écran précédent et saisissez la date de naissance exacte.

012b ATTENTION INCOHÉRENCE : La date de naissance que vous avez saisie à la question 012b est  $\{\text{birthdate\_lab}\}$ . Cela ne correspond pas aux informations tableau du ménage, mais il/elle est néanmoins éligible à participer. Si 012b est exact, continuez l'interview. Sinon, retournez en arrière à l'écran précédent et saisissez la date de naissance correcte.

013. Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire?

013. Quel âge avait  $\{\text{firstname}\}$  à son dernier anniversaire?

	L'âge dans le tableau de ménage :
<p>ATTENTION: L'âge à 013 est <math>\{\text{FQ\_age}\}</math> ce qui rend cette personne non-éligible pour l'interview. Elle doit être âgée entre 10 et 49 ans.</p> <p>Si cet âge n'est pas correct, corrigez son âge sur cet écran, retournez en arrière et sauvegardez vos modifications pour sortir du questionnaire. Ce questionnaire s'effacera au moment de la sauvegarde.</p> <p>Si cet âge n'est pas correct, retournez à l'écran précédent et corrigez l'âge.</p>	
<p>ATTENTION: L'âge à 013 est <math>\{\text{FQ\_age}\}</math>. Ceci n'est pas en accordance avec le tableau du ménage, mais cette personne est éligible pour l'interview. Si 013 est correct, corrigez l'âge sur cet écran <math>\{\text{FQ\_age}\}</math>. Sinon retournez à l'écran précédent et saisissez son âge correct.</p>	
<p>ATTENTION : L'âge que vous avez saisi à la question 013 est <math>\{\text{CQ\_age}\}</math>, ce qui le/la rend inéligible à cette interview. Il/elle doit avoir moins de 5 ans.</p> <p>Si cet âge est exact, corrigez l'âge sur cet écran, retournez à l'écran précédent, et sauvegardez les changements pour quitter l'interview. Ce formulaire sera effacé automatiquement quand vous enregistrerez les modifications.</p> <p>Si ce n'est pas le bon âge, retournez en arrière à l'écran précédent et saisissez le bon âge.</p>	
<p>ATTENTION: L'âge que vous avez saisi à la question 013 est <math>\{\text{CQ\_age}\}</math>. Cela ne correspond pas aux informations du tableau du ménage, mais il/elle est toujours éligible à cette interview. Si 013 est exact, actualisez l'âge sur cet écran à <math>\{\text{CQ\_age}\}</math>. Sinon, retournez à l'écran précédent et saisissez l'âge correct.</p>	

L'âge dans le tableau ménage est en accordance avec l'âge a 013. Passez à l'écran suivant sans changer le chiffre.	
#####	

## Questionnaire Femme

### Section 1 - Historique des naissances

*J'aimerais d'abord vous poser des questions concernant vos conditions de vie socio-économiques.*

103. Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint? <i>N'enregistrez que les études formelles. N'enregistrez pas les cours de catéchisme, ni l'école coranique, ni les cours de courte durée.</i>	<input type="radio"/> Jamais scolarisée <input type="radio"/> Primaire <input type="radio"/> Secondaire (1ier cycle) <input type="radio"/> Secondaire (2ième cycle) <input type="radio"/> Supérieur <input type="radio"/> Pas de réponse
104a. Actuellement, en dehors de vos tâches ménagères, avez-vous un autre travail/métier?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Pas de réponse
104b. Comment êtes-vous payée pour votre travail/activité principale (en espèce, en nature, compensation, etc.)?	<input type="radio"/> En espèce <input type="radio"/> En nature <input type="radio"/> En espèce et en nature <input type="radio"/> Rien <input type="radio"/> Pas de réponse
104c. Est-ce que vous travaillez chez vous où en dehors de votre maison ?	<input type="radio"/> À la maison <input type="radio"/> En dehors de la maison <input type="radio"/> Les deux, à la maison et en dehors <input type="radio"/> Pas de réponse
105. Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariés? Relancer: Si Non, demandez si la personne interviewée est divorcée, séparée ou veuve.	<input type="radio"/> Oui, actuellement mariée <input type="radio"/> Oui, vit avec un homme <input type="radio"/> Pas en union actuellement: divorcée / séparée <input type="radio"/> Pas en union actuellement: veuve <input type="radio"/> Non, jamais en union <input type="radio"/> Pas de réponse
109. Avez-vous déjà donné naissance à un enfant?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Pas de réponse
112a. Quand avez-vous eu votre DERNIÈRE naissance vivante?	

<p>RELANCER: Votre bébé a-t-il pleuré, bougé, essayé de respirer, ou montré tout autre signe de vie, même pour une courte durée ?</p> <p><i>Veillez enregistrer la date de la dernière naissance vivante. La date peut être trouvée en fonction d'un événement mémorable, en avançant ou remontant le temps, si nécessaire.</i></p> <p><i>Saisissez « Janvier » si le mois est inconnu. Et saisissez "Jan 01 2020" pour pas de réponse.</i></p>	
<p>Mois:</p>	<p><input type="radio"/> Janvier</p> <p><input type="radio"/> Février</p> <p><input type="radio"/> Mars</p> <p><input type="radio"/> Avril</p> <p><input type="radio"/> Mai</p> <p><input type="radio"/> Juin</p> <p><input type="radio"/> Juillet</p> <p><input type="radio"/> Août</p> <p><input type="radio"/> Septembre</p> <p><input type="radio"/> Octobre</p> <p><input type="radio"/> Novembre</p> <p><input type="radio"/> Décembre</p> <p><input type="radio"/> Ne sait pas</p>
<p>Année:</p>	<p>Année:</p>

<p>112b. Avez-vous accouché d'un seul ou plusieurs enfants lors de cet accouchement ?</p>	<p><input type="radio"/> Multiple</p> <p><input type="radio"/> Unique</p> <p><input type="radio"/> Pas de réponse</p>
<p>112c. Votre dernier enfant est-il encore en vie ?</p>	<p><input type="radio"/> Oui</p> <p><input type="radio"/> Non</p> <p><input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p><input type="radio"/> Pas de réponse</p>
<p>112d. Quel est le nom de cet enfant?</p>	
<p>112e. Quel est le sexe de \${rec_birth_name_solo}?</p>	<p><input type="radio"/> Garçon</p> <p><input type="radio"/> Fille</p> <p><input type="radio"/> Pas de réponse</p>
<p>112f. Quel âge avait l'enfant lorsqu'il est décédé ?</p>	<p><input type="radio"/> X jours</p> <p><input type="radio"/> X mois</p> <p><input type="radio"/> X années</p> <p><input type="radio"/> Pas de réponse</p>
<p>112f. Saisir \${rbdslab}.</p>	
<p>112c.1. Le premier jumeau est-il encore vivant?</p> <p><i>Instruction : Le premier jumeau est le bébé qui est sorti le premier.</i></p>	<p><input type="radio"/> Oui</p> <p><input type="radio"/> Non</p> <p><input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p><input type="radio"/> Pas de réponse</p>

112d.1. Quel est le nom de cet enfant?	
Quel est le sexe de \${rec_tw_birth_name} ?	<input type="radio"/> Garçon <input type="radio"/> Fille <input type="radio"/> Pas de réponse
112f.1. Quel âge avait l'enfant lorsqu'il est décédé ?	<input type="radio"/> X jours <input type="radio"/> X mois <input type="radio"/> X années <input type="radio"/> Pas de réponse
112f.1. Saisir \${rtbd_lab}.	
112c.2. Le deuxième jumeau est-il encore vivant? <i>Instruction: Le deuxième jumeau est celui qui est sorti en dernier.</i>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
112d.2. Quel est le nom de cet enfant?	
Quel est le sexe de \${rec_tw2_birth_name} ?	<input type="radio"/> Garçon <input type="radio"/> Fille <input type="radio"/> Pas de réponse
112f.2. Quel âge avait l'enfant lorsqu'il est décédé ?	<input type="radio"/> X jours <input type="radio"/> X mois <input type="radio"/> X années <input type="radio"/> Pas de réponse
112f.2. Saisir \${rt2bd_lab}.	
Pour cette naissance, \${rec_tw_birth_name_rnd} a été sélectionné au hasard pour générer les questions de l'enquête.	
115a. Êtes-vous actuellement enceinte?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Pas sûre <input type="radio"/> Pas de réponse
115b. De combien de mois êtes-vous enceinte? La naissance la plus récente était : [Date de la naissance la plus récente] Veillez saisir le nombre de mois révolus. Saisir -88 pour ne sait pas, -99 pour pas de réponse.	
La naissance la plus recente etait le: \${rec_birth_lab}	
##### Veillez saisir le nombre de mois révolus. Saisir - 88 si ne sait pas et - 99 si pas de réponse.	
Section 2 - Soins prénatals <i>Je voudrais à présent vous parler des soins que vous avez reçus pendant que vous étiez enceinte de \${ar_child_name}.</i>	



<p>220. Vous avez dit que votre dernier enfant, [NOM de 112e] est né(e) en [MOIS et ANNÉE de 112a]. Est-ce correct?</p>	<p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p>
<p>220. Vous avez dit que votre dernier enfant, [NOM de 112e] est né(e) en [MOIS et ANNÉE de 112a]. Est-ce correct?</p>	<p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p>
<p>Retournez en arrière et corrigez l'historique des naissances</p>	
<p>221a. Avez-vous vu quelqu'un dans une formation sanitaire pour obtenir des soins prénatals lorsque vous étiez enceinte de \${ar_child_name} ? RELANCER: Êtes-vous allée dans une structure de santé pour femmes enceintes ?</p>	<p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse</p>
<p>221b. Qui avez-vous vu ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Sage femme/ maieuticien <input type="checkbox"/> Infirmier(e) <input type="checkbox"/> Accoucheuse brevetée / auxiliaire <input type="checkbox"/> Matrone / Accoucheuse formée <input type="checkbox"/> Accoucheuse traditionnelle <input type="checkbox"/> ASC ou ASBC <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Pas de réponse</p>
<p>221c. Où avez-vous reçu des soins prénatals lorsque vous étiez enceinte de \${ar_child_name} ? D'aucun autre endroit ? RELANCER POUR IDENTIFIER LE TYPE DE SOURCE. <i>Sélectionnez toutes les réponses mentionnées.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Centre hospitalier national <input type="checkbox"/> Centre de santé et de promotion sociale (CSPS) <input type="checkbox"/> Centre hospitalier régional <input type="checkbox"/> Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) <input type="checkbox"/> Centre médical (CM) / Centre médical urbain (CMU) <input type="checkbox"/> Hôpital/Clinique privée <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Chez elle <input type="checkbox"/> Chez quelqu'un d'autre <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Pas de réponse</p>
<p>221d. De combien de mois étiez-vous enceinte de \${ar_child_name} lorsque vous avez reçu des soins prénatals pour la première fois pour cette grossesse? <i>Saisir - 88 pour ne sait pas ou -99 pour pas de réponse. Zéro est une réponse possible.</i></p>	
<p>221e. Combien de fois avez-vous reçu des soins prénatals quand vous étiez enceinte de \${ar_child_name} ? <i>Saisir - 88 pour ne sait pas ou -99 pour pas de réponse. Zéro est une réponse possible.</i></p>	

<p>221f. Avez-vous un « carnet mère-enfant » pour <math>\{ar\_child\_name\}</math> avec vous aujourd'hui ?  <i>Cela pourrait s'appeler un « carnet de pesée » Si la femme dit oui, demandez si elle peut vous montrer le carnet</i>  <i>RELANCER: Si non, avez-vous un cahier d'exercice ou une autre façon de suivre le dossier médical de votre enfant dans cette formation sanitaire?</i></p>	<p> <input type="radio"/> Oui, a montré le carnet  <input type="radio"/> Oui, a montré un carnet alternatif  <input type="radio"/> Rapporte en avoir un, mais ne l'a pas montré  <input type="radio"/> Reçu, mais ne l'a pas actuellement  <input type="radio"/> Jamais reçu de carnet  <input type="radio"/> Pas de réponse         </p>
<p>222a. Lorsque vous étiez enceinte de <math>\{ar\_child\_name\}</math>, avez-vous reçu des informations d'un prestataire de santé ou d'un agent de santé communautaire sur la nutrition ou l'alimentation ?</p>	<p> <input type="radio"/> Oui  <input type="radio"/> Non  <input type="radio"/> Ne sait pas  <input type="radio"/> Pas de réponse         </p>
<p>222b. Où avez-vous reçu ces informations ?  <i>Sélectionnez toutes les réponses mentionnées.</i></p>	<p> <input type="checkbox"/> Consultation dans une structure de santé  <input type="checkbox"/> Consultation dans une case de santé (ou similaire)  <input type="checkbox"/> Visite à domicile par un agent de santé ou un volontaire  <input type="checkbox"/> Via d'autres efforts de sensibilisation communautaire (ni en structure, ni à domicile)  <input type="checkbox"/> Autre  <input type="checkbox"/> Ne sait pas  <input type="checkbox"/> Pas de réponse         </p>
<p>222c. Comment ces informations vous ont-elles été transmises ?  <i>Sélectionnez toutes les réponses mentionnées.</i></p>	<p> <input type="checkbox"/> Conversation de groupe au début de la journée à la clinique  <input type="checkbox"/> Autre session éducative  <input type="checkbox"/> Conseil individualisé/mentorat  <input type="checkbox"/> Papier ou brochure à emporter  <input type="checkbox"/> Poster/signé affiché sur un mur  <input type="checkbox"/> Écran de télévision en marche dans la formation sanitaire  <input type="checkbox"/> Autre  <input type="checkbox"/> Pas de réponse         </p>
<p>224a. Quel(le)s informations ou messages avez-vous reçu(e)s sur la nutrition ou l'alimentation pendant que vous étiez enceinte de <math>\{ar\_child\_name\}</math> ?  <i>Relancer : Soit d'un prestataire de santé dans une formation sanitaire ou d'un agent de santé communautaire.</i>  <i>Ne lisez pas les choix de réponse à voix haute. Sélectionnez toutes les réponses mentionnées.</i></p>	<p> <input type="checkbox"/> Manger plus en quantité  <input type="checkbox"/> Manger mieux / des aliments riches en fer/ avoir une alimentation variée (qualité)  <input type="checkbox"/> Prendre des comprimés contenant du fer  <input type="checkbox"/> Prendre des comprimés de calcium  <input type="checkbox"/> Suivre un traitement préventif contre le paludisme  <input type="checkbox"/> Prendre des comprimés de         </p>

	vermifugation <input type="checkbox"/> Combien de kilos prendre <input type="checkbox"/> Faire de l'exercice régulièrement <input type="checkbox"/> Que faire en cas de nausées/vomissements <input type="checkbox"/> Diminuer la consommation en sel <input type="checkbox"/> Aucune des options ci-dessus <input type="checkbox"/> Pas de réponse
Cochez pour vérifier que vous avez vu toutes les options	<input type="radio"/>

224b. Quel(le)s informations ou messages avez-vous reçu(e)s sur la nutrition ou l'alimentation pendant que vous étiez enceinte de \${ar_child_name} ? Relancer : Soit d'un prestataire de santé dans une formation sanitaire ou d'un agent de santé communautaire. <i>Lisez tous les choix de réponse à voix haute et sélectionnez tous ceux mentionnés.</i>	<input type="checkbox"/> Manger plus en quantité <input type="checkbox"/> Manger mieux / des aliments riches en fer/ avoir une alimentation variée (qualité) <input type="checkbox"/> Prendre des comprimés contenant du fer <input type="checkbox"/> Prendre des comprimés de calcium <input type="checkbox"/> Suivre un traitement préventif contre le paludisme <input type="checkbox"/> Prendre des comprimés de vermifugation <input type="checkbox"/> Combien de kilos prendre <input type="checkbox"/> Faire de l'exercice régulièrement <input type="checkbox"/> Que faire en cas de nausées/vomissements <input type="checkbox"/> Diminuer la consommation en sel <input type="checkbox"/> Aucune des options ci-dessus <input type="checkbox"/> Pas de réponse
Cochez pour vérifier que vous avez vu toutes les options	<input type="radio"/>

225a. Lorsque vous étiez enceinte de \${ar_child_name}, avez-vous reçu des informations d'un prestataire de santé ou d'un agent de santé communautaire sur l'alimentation de votre nouveau-né ? <i>Rappelez-vous, nous parlons de quand vous étiez encore enceinte, et non après l'accouchement.</i>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
---	---

225b. Où avez-vous reçu ces informations ? <i>Relancer : Sélectionnez toutes les réponses mentionnées</i>	<input type="checkbox"/> Consultation dans une structure de santé <input type="checkbox"/> Consultation dans une case de santé (ou similaire) <input type="checkbox"/> Visite à domicile par un agent de santé ou un volontaire <input type="checkbox"/> Via d'autres efforts de sensibilisation communautaire (ni en structure, ni à domicile)
--	--


	<input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Pas de réponse
<p>225c. Comment ces informations vous ont-elles été transmises ?</p> <p><i>Sélectionnez toutes les réponses mentionnées.</i></p>	<input type="checkbox"/> Conversation de groupe au début de la journée à la clinique <input type="checkbox"/> Autre session éducative <input type="checkbox"/> Conseil individualisé/mentorat <input type="checkbox"/> Papier ou brochure à emporter <input type="checkbox"/> Poster/signé affiché sur un mur <input type="checkbox"/> Écran de télévision en marche dans la formation sanitaire <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Pas de réponse
<p>Cochez pour vérifier que vous avez vu toutes les options</p>	<input type="radio"/>
<p>227a. Pendant que vous étiez enceinte de \${ar_child_name}, quelles informations avez-vous reçues sur l'alimentation de votre nouveau-né ?</p> <p><i>RELANCER : Soit d'un prestataire de santé dans une structure de santé, soit d'un agent de santé communautaire.</i></p> <p><i>Ne lisez pas les choix de réponse à voix haute. Sélectionnez toutes les réponses mentionnées.</i></p>	<input type="checkbox"/> Allaitement maternel exclusif (lait maternel uniquement et rien d'autre à l'exception de médicaments prescrits ; pas d'eau) <input type="checkbox"/> Allaitement au sein immédiat (mettre le bébé au sein immédiatement après la naissance/dans l'heure) <input type="checkbox"/> Donner le colostrum de la mère au nourrisson (première substance jaune avant la montée de lait) <input type="checkbox"/> Déconseiller aux accompagnants de donner de l'eau ou d'autres liquides (Ne pas donner au bébé d'eau, d'eau sucrée, de thé ou toute préparation traditionnelle au bébé à la naissance) <input type="checkbox"/> Allaitement à la demande (nourrir le bébé quand il le demande/montre des signes) <input type="checkbox"/> Positionnement et attachement correct du bébé pendant l'allaitement (vous a montré comment tenir votre bébé pendant l'allaitement) <input type="checkbox"/> Que faire en cas de douleur ou problème pendant l'allaitement <input type="checkbox"/> Encouragée de donner au bébé du lait premier âge/pour nourrissons ou du lait en poudre <input type="checkbox"/> Encouragée à donner au bébé d'autres liquides ou aliments avant 6 mois

	<input type="checkbox"/> Aucune des options ci-dessus <input type="checkbox"/> Pas de réponse
Cochez pour vérifier que vous avez vu toutes les options	<input type="radio"/>

<p>227b. Pendant que vous étiez enceinte de \${ar_child_name}, quelles informations avez-vous reçues sur l'alimentation de votre nouveau-né ?</p> <p><i>RELANCER : Soit d'un prestataire de santé dans une structure de santé, soit d'un agent de santé communautaire.</i></p> <p><i>Lisez tous les choix de réponse à voix haute et sélectionnez tous ceux mentionnés.</i></p>	<input type="checkbox"/> Allaitement maternel exclusif (lait maternel uniquement et rien d'autre à l'exception de médicaments prescrits ; pas d'eau) <input type="checkbox"/> Allaitement au sein immédiat (mettre le bébé au sein immédiatement après la naissance/dans l'heure) <input type="checkbox"/> Donner le colostrum de la mère au nourrisson (première substance jaune avant la montée de lait) <input type="checkbox"/> Déconseiller aux accompagnants de donner de l'eau ou d'autres liquides (Ne pas donner au bébé d'eau, d'eau sucrée, de thé ou toute préparation traditionnelle au bébé à la naissance) <input type="checkbox"/> Allaitement à la demande (nourrir le bébé quand il le demande/montre des signes) <input type="checkbox"/> Positionnement et attachement correct du bébé pendant l'allaitement (vous a montré comment tenir votre bébé pendant l'allaitement) <input type="checkbox"/> Que faire en cas de douleur ou problème pendant l'allaitement <input type="checkbox"/> Encouragée de donner au bébé du lait premier âge/pour nourrissons ou du lait en poudre <input type="checkbox"/> Encouragée à donner au bébé d'autres liquides ou aliments avant 6 mois <input type="checkbox"/> Aucune des options ci-dessus <input type="checkbox"/> Pas de réponse
Cochez pour vérifier que vous avez vu toutes les options	<input type="radio"/>

228a. Lorsque vous étiez enceinte de \${ar_child_name}, un prestataire de santé dans une formation sanitaire vous a-t-il pesée ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
--	---

228b. Vous a-t-on pesée une seule fois ou plusieurs fois ?	<input type="radio"/> Une fois <input type="radio"/> Plus d'une fois
--	---

	<input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
<p>228c. Votre prestataire de santé vous a-t-il donné des informations sur votre prise de poids lorsque vous étiez enceinte de \${ar_child_name} ?</p>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
<p>228d. Que vous a dit le prestataire de santé à propos de votre prise de poids ?  <i>Ne lisez pas les choix de réponse à voix haute.</i></p>	<input type="checkbox"/> La femme prend/ne prend pas (assez) de poids <input type="checkbox"/> La femme prend du poids trop rapidement/pas assez vite <input type="checkbox"/> La femme doit manger plus/moins <input type="checkbox"/> Aucune des options ci-dessus <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Pas de réponse
<p>229a. Lorsque vous étiez enceinte de \${ar_child_name}, un prestataire de santé dans une formation sanitaire a-t-il pris votre tension ?</p>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
<p>229b. Vous a-t-on pris la tension une seule fois ou plusieurs fois ?</p>	<input type="radio"/> Une fois <input type="radio"/> Plus d'une fois <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
<p>230a. Lorsque vous étiez enceinte de \${ar_child_name}, avez-vous reçu ou acheté des compléments de fer ou d'acide folique et de fer, du sirop de fer ou des vitamines contenant du fer ?  <b>RELANCER:</b> Si oui, donnés ou achetés?  <i>Sélectionnez toutes les réponses mentionnées. Montrer les comprimés: Comprimés d'acide folique et de fer donnés dans les formations sanitaires publiques, compléments de fer vendus sur le marché public</i></p>	<input type="checkbox"/> Donnés à la formation sanitaire <input type="checkbox"/> Acheté <input type="checkbox"/> Non, jamais donné ni acheté <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Pas de réponse
<p>Comprimés de fer/acides folique  </p>	
<p>230b. Le prestataire de santé prénatales vous a-t-il prescrit des compléments contenant du fer ou dit d'en acheter ?</p>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
<p>230c. Lorsque vous étiez enceinte de \${ar_child_name}, pendant combien de jours avez-vous pris les comprimés ou ce du sirop contenant du fer ?  <i>Saisir - 88 pour ne sait pas ou -99 pour pas de réponse. Zéro est une réponse possible.</i></p>	

<p>231a. Lorsque vous étiez enceinte de \${ar_child_name} avez-vous reçu ou acheté des compléments de calcium ? Sélectionnez toutes les réponses mentionnées. . Montrer les comprimés ou le paquet de poudre</p>	<input type="checkbox"/> Donnés à la formation sanitaire <input type="checkbox"/> Acheté <input type="checkbox"/> Non, jamais donné ni acheté <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Pas de réponse
<p>Comprimés de calcium [Calcium.jpg]</p>	
<p>Comprimés de calcium [Calcium3.jpg] [Calcium1.jpg]</p>	
<p>Comprimés de calcium [Calcium1.jpg] [Calcium2.jpg]</p>	
<p>Comprimés de calcium [Calcium2.jpg] [Calcium3.jpg]</p>	
<p>Cochez pour vérifier que vous avez vu toutes les images</p>	<input type="radio"/>
<p>231b. Le prestataire de santé prénatale vous a-t-il prescrit des compléments de calcium ou dit d'en acheter ?</p>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
<p>231c. Lorsque vous étiez enceinte de \${ar_child_name}, pendant combien de jours avez-vous pris ces compléments de calcium? Saisir - 88 pour ne sait pas ou -99 pour pas de réponse. Zéro est une réponse possible.</p>	
<p>231d. Lorsque vous étiez enceinte de \${ar_child_name}, avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux? Montrer les comprimés</p>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
<p>231e. Combien de fois avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux lorsque vous étiez enceinte de \${ar_child_name} ? Saisir -88 si ne sait pas ou -99 si pas de réponse</p>	
<p>231f. Lorsque vous étiez enceinte de \${ar_child_name}, avez-vous pris SP/Fansidar pour éviter d'attrapper le palu ? Montrer les comprimés; Relancer: vous avez peut-être pris ces comprimés pendant votre consultation de soins prénatals, appelés SP/Fansidar ?</p>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
<p>231g. Combien de fois avez-vous pris ces médicaments contre le paludisme pendant que vous étiez enceinte de \${ar_child_name} ? Saisir -88 si ne sait pas ou -99 si pas de réponse</p>	

<p>231h. Lorsque vous étiez enceinte de \${ar_child_name}, avez-vous reçu ou acheté à un moment ou un autre une nouvelle moustiquaire imprégnée d'insecticide dans la formation sanitaire où vous êtes allée pour obtenir des soins prénatals ?</p>	<p> <input type="radio"/> Oui, reçu(s)  <input type="radio"/> Oui, acheté(s)  <input type="radio"/> Non  <input type="radio"/> Ne sait pas  <input type="radio"/> Pas de réponse         </p>
<p>232a. Lorsque vous étiez enceinte de \${ar_child_name}, avez-vous reçu des produits alimentaires ou une assistance monétaire du gouvernement, d'une ONG ou d'autres groupes ?  <b>RELANCER:</b> Des produits alimentaires tels que de la farine special, des aliments prêts à l'emploi, un panier d'aliments variés.</p>	<p> <input type="radio"/> Oui  <input type="radio"/> Non  <input type="radio"/> Ne sait pas  <input type="radio"/> Pas de réponse         </p>
<p>232b. Quel type d'assistance avez-vous recue: un transfert d'argent et/ou de la nourriture?</p>	<p> <input type="radio"/> Argent uniquement  <input type="radio"/> Nourriture uniquement  <input type="radio"/> Argent et nourriture  <input type="radio"/> Autre  <input type="radio"/> Ne sait pas  <input type="radio"/> Pas de réponse         </p>
<p>232c. Quel type d'aliments avez-vous reçus ?  <i>Sélectionnez toutes les réponses mentionnées.</i></p>	<p> <input type="checkbox"/> RUTF/Plumpy' (sachets de pâte d'arachides)  <input type="checkbox"/> Lait thérapeutique F75 ou F100  <input type="checkbox"/> Supercereal ou CSB+ (premix composé de la farine de maïs soja, huile, sucre et lait en poudre. Il se prépare en bouillie généralement.)  <input type="checkbox"/> Panier d'aliments variés (par exemple, riz, huile, haricots)  <input type="checkbox"/> Autre  <input type="checkbox"/> Ne sait pas  <input type="checkbox"/> Pas de réponse         </p>
<p>232d. Pendant combien de mois lorsque vous étiez enceinte de \${ar_child_name} avez-vous personnellement reçu cet argent ou cette nourriture d'une structure de santé où vous êtes allée pour des soins prénatals ?  <i>Saisir - 88 pour ne sait pas ou -99 pour pas de réponse. Zéro est une réponse possible.</i></p>	
<p>233. Où avez-vous accouché de \${ar_child_name} ?</p>	<p> <input type="radio"/> Centre hospitalier national  <input type="radio"/> Centre de santé et de promotion sociale (CSPS)  <input type="radio"/> Centre hospitalier régional  <input type="radio"/> Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA)  <input type="radio"/> Centre médical (CM) / Centre médical urbain (CMU)  <input type="radio"/> Hôpital/Clinique privée  <input type="radio"/> Maternité         </p>



	<input type="radio"/> Chez elle <input type="radio"/> Chez quelqu'un d'autre <input type="radio"/> Autre <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
<p>234. Qui a aidé à l'accouchement de \${ar_child_name}?  <i>Sélectionnez toutes les réponses mentionnées.</i></p>	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Sage femme/ maïeuticien <input type="checkbox"/> Infirmier(e) <input type="checkbox"/> Accoucheuse brevetée / auxiliaire <input type="checkbox"/> Matrone / Accoucheuse formée <input type="checkbox"/> Accoucheuse traditionnelle <input type="checkbox"/> ASC ou ASBC <input type="checkbox"/> Ami/Parents <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Personne <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Pas de réponse
<p>Cochez pour vérifier que vous avez vu toutes les options</p>	<input type="radio"/>
<p>235. Immédiatement après l'accouchement, est-ce que \${ar_child_name} a été placé(e) sur votre poitrine ou à votre côté de manière à ce qu'il/elle touche votre peau?          Relancer: La joue de l'enfant contre le sein de la mère n'est PAS considéré "peau contre peau".</p>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
<p>236. Quand vous avez accouché de (NOM), est-ce qu'un prestataire de santé vous a aidée à mettre votre bébé au sein ?</p>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
<p>237. Dans les deux premiers jours après la naissance de \${ar_child_name}, est-ce qu'un prestataire de santé ou un agent de santé communautaire vous a regardée allaiter votre bébé pour s'assurer que tout soit fait correctement ?</p>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
<p>238a. Dans les deux premiers jours après la naissance de \${ar_child_name}, est-ce qu'un prestataire de santé ou un agent de santé communautaire vous a parlé de l'alimentation de votre bébé ?</p>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
<p>238b. Dans les deux premiers jours après la naissance de \${ar_child_name}, quel prestataire de santé ou agent de santé communautaire vous a parlé de l'alimentation de votre bébé et/ou observée en train d'allaiter ?  <i>Sélectionnez toutes les réponses mentionnées.</i></p>	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Sage femme/ maïeuticien <input type="checkbox"/> Infirmier(e) <input type="checkbox"/> Accoucheuse brevetée / auxiliaire <input type="checkbox"/> Matrone / Accoucheuse formée <input type="checkbox"/> Accoucheuse traditionnelle <input type="checkbox"/> ASC ou ASBC

	<input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Pas de réponse
<p>238c.i. Dans les deux premiers jours après la naissance de \${ar_child_name}, quelles informations vous a-t-on données sur l'alimentation de votre bébé ?</p> <p>RELANCER: Soit d'un prestataire de santé dans la formation sanitaire, soit d'un agent de santé communautaire.</p> <p><i>Ne lisez pas les choix de réponses à voix haute. Sélectionnez toutes les réponses mentionnées.</i></p>	<input type="checkbox"/> Allaitement maternel exclusif (lait maternel uniquement et rien d'autre à l'exception de médicaments prescrits ; pas d'eau) <input type="checkbox"/> Allaitement au sein immédiat (mettre le bébé au sein immédiatement après la naissance/dans l'heure) <input type="checkbox"/> Donner le colostrum de la mère au nourrisson (première substance jaune avant la montée de lait) <input type="checkbox"/> Déconseiller aux accompagnants de donner de l'eau ou d'autres liquides (Ne pas donner au bébé d'eau, d'eau sucrée, de thé ou toute préparation traditionnelle au bébé à la naissance) <input type="checkbox"/> Allaitement à la demande (nourrir le bébé quand il le demande/montre des signes) <input type="checkbox"/> Positionnement et attachement correct du bébé pendant l'allaitement (vous a montré comment tenir votre bébé pendant l'allaitement) <input type="checkbox"/> Que faire en cas de douleur ou problème pendant l'allaitement <input type="checkbox"/> Encouragée de donner au bébé du lait premier âge/pour nourrissons ou du lait en poudre <input type="checkbox"/> Encouragée à donner au bébé d'autres liquides ou aliments avant 6 mois <input type="checkbox"/> Aucune des options ci-dessus <input type="checkbox"/> Pas de réponse
<p>Cochez pour vérifier que vous avez vu toutes les options</p>	<input type="radio"/>
<p>238c.ii. Dans les deux premiers jours après la naissance de \${ar_child_name}, quelles informations vous a-t-on données sur l'alimentation de votre bébé ?</p> <p>RELANCER: Soit d'un prestataire de santé dans la formation sanitaire, soit d'un agent de santé communautaire.</p> <p><i>Lisez les options à voix haute. Sélectionnez toutes les réponses qui conviennent.</i></p>	<input type="checkbox"/> Allaitement maternel exclusif (lait maternel uniquement et rien d'autre à l'exception de médicaments prescrits ; pas d'eau) <input type="checkbox"/> Allaitement au sein immédiat (mettre le bébé au sein immédiatement après la naissance/dans l'heure)

	<input type="checkbox"/> Donner le colostrum de la mère au nourrisson (première substance jaune avant la montée de lait) <input type="checkbox"/> Déconseiller aux accompagnants de donner de l'eau ou d'autres liquides (Ne pas donner au bébé d'eau, d'eau sucrée, de thé ou toute préparation traditionnelle au bébé à la naissance) <input type="checkbox"/> Allaitement à la demande (nourrir le bébé quand il le demande/montre des signes) <input type="checkbox"/> Positionnement et attachement correct du bébé pendant l'allaitement (vous a montré comment tenir votre bébé pendant l'allaitement) <input type="checkbox"/> Que faire en cas de douleur ou problème pendant l'allaitement <input type="checkbox"/> Encouragée de donner au bébé du lait premier âge/pour nourrissons ou du lait en poudre <input type="checkbox"/> Encouragée à donner au bébé d'autres liquides ou aliments avant 6 mois <input type="checkbox"/> Aucune des options ci-dessus <input type="checkbox"/> Pas de réponse
Cochez pour vérifier que vous avez vu toutes les options	<input type="radio"/>

240. Depuis que \${ar\_child\_name} est né(e), est-ce qu'un prestataire de santé ou un agent de santé communautaire vous a donné du lait premier âge en poudre ou en conserve pour votre bébé ?  
 Relancer: Soit à utiliser à la structure de santé, soit à emporter à la maison.

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Pas de réponse

241a. Avez-vous allaité \${ar\_child\_name}?

- Oui
- Non
- Pas de réponse

241b. Combien de temps après la naissance avez-vous mis \${ar\_child\_name} au sein pour la première fois?

Relancez : si l'enquêté(e) ne se souvient pas, essayez de lui poser des question pour avoir une estimation.

- Moins d'une heure
- X heures
- X jours
- Pas de réponse

241b. Saisir heures:

Saisir -88 si ne sait pas ou -99 si pas de réponse

241b. Saisir jours:

Saisir -88 si ne sait pas ou -99 si pas de réponse

<p>241c. Avez-vous donné du colostrum à votre bébé ? (première substance jaune avant la montée de lait)</p>	<p> <input type="radio"/> Oui  <input type="radio"/> Non  <input type="radio"/> Ne sait pas  <input type="radio"/> Pas de réponse         </p>
<p>242a. Dans les trois premiers jours après la naissance, est-ce que vous ou quelqu'un d'autre avez donné à \${ar_child_name} autre chose à boire que le lait maternel ?</p>	<p> <input type="radio"/> Oui  <input type="radio"/> Non  <input type="radio"/> Pas de réponse         </p>
<p>242b. Dans les trois premiers jours après la naissance de \${ar_child_name}, qu'a bu \${ar_child_name}, hormis le lait maternel ? <i>Sélectionnez toutes les réponses mentionnées.</i></p>	<p> <input type="checkbox"/> Lait (autre que le lait maternel )  <input type="checkbox"/> De l'eau  <input type="checkbox"/> Eau sucrée ou eau glucosée  <input type="checkbox"/> Infusion calmante pour coliques  <input type="checkbox"/> Solution d'eau salée sucré  <input type="checkbox"/> Jus de fruit  <input type="checkbox"/> Lait en poudre pour bébé  <input type="checkbox"/> Médicament traditionnel/infusion/thé/tisane  <input type="checkbox"/> Café  <input type="checkbox"/> Miel  <input type="checkbox"/> Bouillie  <input type="checkbox"/> Solution réhydratante orale  <input type="checkbox"/> Autre  <input type="checkbox"/> Ne sait pas  <input type="checkbox"/> Pas de réponse         </p>
<p>La prochaine série de questions vous semblera peut-être un peu redondante, alors si vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à me le dire pour que je clarifie et répète la question.</p>	
<p>244. Pendant le premier mois de vie de \${ar_child_name} (mais après la naissance/les deux premiers jours), un prestataire de santé ou un agent de santé communautaire vous a-t-il observée pendant que vous allaitiez \${ar_child_name} pour s'assurer que tout soit fait correctement ? Relancer: Après avoir quitté la formation sanitaire mais avant que l'enfant n'ait un mois.</p>	<p> <input type="radio"/> Oui  <input type="radio"/> Non  <input type="radio"/> Ne sait pas  <input type="radio"/> Pas de réponse         </p>
<p>245a. Pendant le premier mois de vie de \${ar_child_name} (mais après l'accouchement/les deux premiers jours), un prestataire de santé ou un agent de santé communautaire vous a-t-il parlé de l'alimentation de votre nouveau né ? Relancer: Après avoir quitté la formation sanitaire mais avant que l'enfant n'ait 1 mois.</p>	<p> <input type="radio"/> Oui  <input type="radio"/> Non  <input type="radio"/> Ne sait pas  <input type="radio"/> Pas de réponse         </p>
<p>245b. Où avez-vous reçu ces informations ? <i>Sélectionnez toutes les réponses mentionnées.</i></p>	<p> <input type="checkbox"/> Consultation dans une structure de santé  <input type="checkbox"/> Consultation dans une case de santé (ou similaire)  <input type="checkbox"/> Visite à domicile par un agent de santé ou un volontaire  <input type="checkbox"/> Via d'autres efforts de sensibilisation communautaire (ni en         </p>

	<p>structure, ni à domicile)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p> <p><input type="checkbox"/> Pas de réponse</p>
<p>245c. Pendant le premier mois de vie de \${ar_child_name} (mais après l'accouchement/les 2 premiers jours), quel prestataire de santé ou agent de santé communautaire vous a parlé ou observée en train d'allaiter?</p> <p><i>Sélectionnez toutes les réponses mentionnées.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Médecin</p> <p><input type="checkbox"/> Sage femme/ maïeuticien</p> <p><input type="checkbox"/> Infirmier(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Accoucheuse brevetée / auxiliaire</p> <p><input type="checkbox"/> Matrone / Accoucheuse formée</p> <p><input type="checkbox"/> Accoucheuse traditionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> ASC ou ASBC</p> <p><input type="checkbox"/> Autre</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p> <p><input type="checkbox"/> Pas de réponse</p>
<p>246a. Quelles informations vous a t-on données sur l'alimentation de votre bébé ?</p> <p>RELANCER: D'un prestataire de santé dans une formation sanitaire ou d'un agent de santé communautaire</p> <p><i>Ne lisez pas les choix de réponses à voix haute et sélectionnez toutes les réponses mentionnées.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Allaitement maternel exclusif (lait maternel uniquement et rien d'autre à l'exception de médicaments prescrits ; pas d'eau)</p> <p><input type="checkbox"/> Allaitement au sein immédiat (mettre le bébé au sein immédiatement après la naissance/dans l'heure)</p> <p><input type="checkbox"/> Donner le colostrum de la mère au nourrisson (première substance jaune avant la montée de lait)</p> <p><input type="checkbox"/> Déconseiller aux accompagnants de donner de l'eau ou d'autres liquides (Ne pas donner au bébé d'eau, d'eau sucrée, de thé ou toute préparation traditionnelle au bébé à la naissance)</p> <p><input type="checkbox"/> Allaitement à la demande (nourrir le bébé quand il le demande/montre des signes)</p> <p><input type="checkbox"/> Positionnement et attachement correct du bébé pendant l'allaitement (vous a montré comment tenir votre bébé pendant l'allaitement)</p> <p><input type="checkbox"/> Que faire en cas de douleur ou problème pendant l'allaitement</p> <p><input type="checkbox"/> Encouragée de donner au bébé du lait premier âge/pour nourrissons ou du lait en poudre</p> <p><input type="checkbox"/> Encouragée à donner au bébé d'autres liquides ou aliments avant 6 mois</p>

	<input type="checkbox"/> Aucune des options ci-dessus <input type="checkbox"/> Pas de réponse
Cochez pour vérifier que vous avez vu toutes les options	<input type="radio"/>

<p>246b. Quelles informations vous a t-on données sur l'alimentation de votre bébé ?</p> <p>RELANCER: D'un prestataire de santé dans une formation sanitaire ou d'un agent de santé communautaire</p> <p><i>Lisez tous les choix de réponse à voix haute et sélectionnez toutes les réponses mentionnées.</i></p>	<input type="checkbox"/> Allaitement maternel exclusif (lait maternel uniquement et rien d'autre à l'exception de médicaments prescrits ; pas d'eau) <input type="checkbox"/> Allaitement au sein immédiat (mettre le bébé au sein immédiatement après la naissance/dans l'heure) <input type="checkbox"/> Donner le colostrum de la mère au nourrisson (première substance jaune avant la montée de lait) <input type="checkbox"/> Déconseiller aux accompagnants de donner de l'eau ou d'autres liquides (Ne pas donner au bébé d'eau, d'eau sucrée, de thé ou toute préparation traditionnelle au bébé à la naissance) <input type="checkbox"/> Allaitement à la demande (nourrir le bébé quand il le demande/montre des signes) <input type="checkbox"/> Positionnement et attachement correct du bébé pendant l'allaitement (vous a montré comment tenir votre bébé pendant l'allaitement) <input type="checkbox"/> Que faire en cas de douleur ou problème pendant l'allaitement <input type="checkbox"/> Encouragée de donner au bébé du lait premier âge/pour nourrissons ou du lait en poudre <input type="checkbox"/> Encouragée à donner au bébé d'autres liquides ou aliments avant 6 mois <input type="checkbox"/> Aucune des options ci-dessus <input type="checkbox"/> Pas de réponse
Cochez pour vérifier que vous avez vu toutes les options	<input type="radio"/>

<p>247. Dans les 30 jours qui ont suivi l'accouchement de \${ar_child_name}, est-ce qu'on vous a donné, à vous la mère, de la Vitamine A ?</p> <p><i>Montrer la photo</i></p> <p>[Vitamin_A.jpg]</p>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
--	---

Section 3 - Alimentation de la mère, de l'adolescent et du ménage

Je vais maintenant vous poser des questions sur vous et votre ménage en général.

301. Je souhaiterais d'abord vous poser des questions sur les aliments et les boissons que vous avez mangés et bus hier pendant la journée ou la nuit, que ce soit chez vous ou ailleurs. Je souhaiterais savoir si vous avez mangé les aliments que je vais mentionner, même mélangés avec d'autres aliments. Par exemple, si vous avez pris une soupe de carotte, pommes de terre et viande, vous devriez répondre « oui » pour chacun de ces ingrédients de la liste. Cependant, si vous avez bu uniquement le bouillon de la soupe, et pas la viande et les légumes, ne répondez-pas « oui » pour la viande et les légumes. Quand je demanderai quels aliments et boissons vous avez pris, pensez à ceux que vous avez pris comme snacks ou petit repas, ainsi que vos repas principaux. Pensez également aux aliments que vous pouvez avoir mangés lorsque vous prépariez les repas d'autres personnes. N'incluez pas les aliments utilisés en petites quantités pour l'assaisonnement ou les condiments (comme des piments, épices, fines herbes ou assaisonnement en poudre pour le poisson). Je vous poserai des questions sur ces aliments séparément.

301. Avez-vous mangé...			
	Oui	Non	PDR
Du pain, du riz, des pâtes ou d'autres aliments à base de céréales (maïs, mil, sorgho)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des citrouilles (Yogre), carottes, courges ou patates douces qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des pommes de terre, igname, manioc (attiéké, gari), patates douces blanches, taros, banane plantin (alloco) ou autre aliment à base de racines	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Choux oseille, amarante (barambourou), salade, feuilles de baobab, corète potagère (bulvaka), épinards, feuilles d'oignon, feuilles de haricot, feuilles de manioc, feuilles de patates, kapok ou légumes vert foncés à feuilles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

301. Avez-vous mangé...			
	Oui	Non	PDR
Mangues, papayes, melon de couleur orange, néré (fruits ou farine)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D'autres types de fruits tels que : Ananas, banane, goyave, dattes, pastèque, jujube, canne à sucre, pomme cannelle, orange, citron, jus de fruits frais (pressés), fruits sauvages (raisins), tamarins, pain de singe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D'autres légumes comme la tomate fraîches, gombo frais ou sec, aubergines, courgettes, concombre, choux, navets, oignon, poivron verts, haricots verts, champignons	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Foie de veau, de mouton, de volailles, rognon, cœur, poumon, tripes, queue de bœuf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------

301. Avez-vous mangé...			
	Oui	Non	PDR
De la viande comme du bœuf, du porc, de l'agneau, de la chèvre, du poulet ou du canard	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des œufs (poule, pintade, caille)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Du poisson frais, fumé, salé, séché (sauf pincée de poudre), conserves (sardines, thon...), coquillages et fruits de mer frais ou séchés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des aliments à base d'haricots, pois, lentilles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

301. Avez-vous mangé...			
	Oui	Non	PDR
Noix et graines comme les arachides ou la pâte d'arachide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Du fromage ou autres aliments à base de lait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chips, ou autres aliments frits	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aliments sucrés, bonbons, biscuits, miel, confiture, chocolat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

301. Avez-vous mangé...			
	Oui	Non	PDR
Boissons enrichies en sucre comme les jus de fruits sucrés (zom-koom, bissap, jus de gingembre, etc.), les boissons gazeuses sucrées (Coca-Cola, Fanta, Sprite, Autres sodas), le thé sucré	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condiments et assaisonnements utilisés en petite quantité pour le goût, comme les épices, les fines herbes, l'assaisonnement en poudre pour poissons, le concentré de tomates	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres boissons et aliments comme du thé ou café sans sucre, du bouillon, de l'alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

301b. Est-ce que l'une des boissons sucrées que vous avez bues hier était ...				
<i>Lisez les réponses à voix haute et sélectionnez toutes celles mentionnées.</i>				
	Oui	Non	NSP	PDR
Fait maison	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Préparé par un vendeur local ou un restaurant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Industriel, emballé ou avec un nom de marque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

301c. Est-ce que l'un des aliments sucrés que vous avez mangés hier était ... <i>Lisez les réponses à voix haute et sélectionnez toutes celles mentionnées.</i>				
	Oui	Non	NSP	PDR
Fait maison	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Préparé par un vendeur local ou un restaurant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Industriel, emballé ou avec un nom de marque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

301d. Est-ce que l'un des aliments salés que vous avez mangés hier était ... <i>Lisez les réponses à voix haute et sélectionnez toutes celles mentionnées.</i>				
	Oui	Non	NSP	PDR
Fait maison	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Préparé par un vendeur local ou un restaurant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Industriel, emballé ou avec un nom de marque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

302a. Allaites-vous actuellement ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Pas de réponse
------------------------------------	--

302b. Vous avez mentionné que vous allaitez en ce moment. Avez-vous reçu de la part d'un prestataire de santé ou d'un programme communautaire des compléments alimentaires au cours des 30 derniers jours parce que vous allaitez ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
---	---

302c. Quel type d'aliments avez-vous reçus? <i>Lisez les options à voix haute.</i>	<input type="checkbox"/> RUTF/Plumpy' (sachets de pâte d'arachides) <input type="checkbox"/> Lait thérapeutique F75 ou F100 <input type="checkbox"/> Supercereal ou CSB+ (premix composé de la farine de maïs soja, huile, sucre et lait en poudre. Il se prépare en bouillie généralement.) <input type="checkbox"/> Panier d'aliments variés (par exemple, riz, huile, haricots) <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Pas de réponse
---	--

<p>Cochez pour vérifier que vous avez vu toutes les images</p>	<input type="radio"/>
<p>302d.i. Pendant combien de jours au cours des 30 derniers jours avez-vous reçu <math>\{nh\_feeding\_pp\_lab\}</math>? <i>Saisir - 88 pour ne sait pas ou -99 pour pas de réponse. Zéro est une réponse possible.</i></p>	
<p>302d.ii. Pendant combien de jours au cours des 30 derniers jours avez-vous reçu <math>\{nh\_feeding\_F\_milk\_lab\}</math>? <i>Saisir - 88 pour ne sait pas ou -99 pour pas de réponse. Zéro est une réponse possible.</i></p>	
<p>302d.iii. Pendant combien de jours au cours des 30 derniers jours avez-vous reçu <math>\{nh\_feeding\_corn\_soy\_lab\}</math>? <i>Saisir - 88 pour ne sait pas ou -99 pour pas de réponse. Zéro est une réponse possible.</i></p>	
<p>302d.iv. Pendant combien de jours au cours des 30 derniers jours avez-vous reçu <math>\{nh\_feeding\_basket\_lab\}</math>? <i>Saisir - 88 pour ne sait pas ou -99 pour pas de réponse. Zéro est une réponse possible.</i></p>	
<p>302d.v. Pendant combien de jours au cours des 30 derniers jours avez-vous reçu <math>\{nh\_feeding\_other\_lab\}</math>? <i>Saisir - 88 pour ne sait pas ou -99 pour pas de réponse. Zéro est une réponse possible.</i></p>	
<p>302e. Un prestataire de santé ou un agent de santé communautaire vous a-t-il donné des informations sur ce que vous devriez manger pendant que vous allaitez ?</p>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
<p>303a. Au cours des 30 derniers jours, un prestataire de santé ou un agent de santé communautaire vous a-t-il pesée ?</p>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
<p>303b. Votre prestataire de santé ou un agent de santé communautaire vous a-t-il donné des informations ou conseillée sur votre poids ?</p>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
<p>304a. Au cours des 30 derniers jours, avez-vous reçu ou acheté des comprimés d'acide folique et de fer, ou de fer uniquement, du sirop de fer, ou des vitamines qui contiennent du fer ? RELANCER : Si oui; donnés ou achetés ? <i>Sélectionnez toutes les réponses mentionnées. Montrer les comprimés de fer/acide folique et fer vendus sur le marché public ou fournis dans les formations sanitaires publiques.</i> [IFA.jpg]</p>	<input type="checkbox"/> Donnés à la formation sanitaire <input type="checkbox"/> Acheté <input type="checkbox"/> Non, jamais donné ni acheté <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Pas de réponse
<p>304b. Un prestataire de santé vous a-t-il prescrit des compléments de fer ou dit d'en acheter ?</p>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse

304c. En avez-vous pris hier ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Pas de réponse
305. Qui prend la décision de quels aliments acheter pour vos enfants ?	<input type="radio"/> Elle seule <input type="radio"/> Mari/partenaire seul <input type="radio"/> Décident ensemble <input type="radio"/> La mère/belle-mère <input type="radio"/> Autre <input type="radio"/> Pas de réponse
Anthropométrie de l'adolescent et de l'adulte	
390. CONTRÔLE: Vous devriez tenter de mesurer \${firstname}. Est-ce exact ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
391. \${firstname} est-elle là ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
392. Puis-je mesurer votre tour de bras ? <i>Si oui, mesurer le tour du haut du bras (PB) et remercier la participante.</i>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Pas de réponse
392. PB (cm):	

## Questionnaire Enfant

### Section 4: NUTRITION INFANTILE (0-59 mois)

*J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur la santé de : \${firstname}.*

401. Est-ce que \${firstname} est une fille ou un garçon ?	<input type="radio"/> Garçon <input type="radio"/> Fille <input type="radio"/> Pas de réponse
402a. Allaitiez-vous \${firstname} toujours ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Pas de réponse
402b. Est-ce que quelqu'un d'autre allaite actuellement \${firstname}?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
403a. \${firstname} a t-il/elle déjà bu un liquide autre que du lait maternel ? RELANCER: comme du lait d'origine animale, de l'eau, du jus, du thé, mais sans compter les médicaments.	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse

<p>403b. À quel âge <math>\{firstname\}</math> a t-il/elle bu pour la première fois quelque chose d'autre que le lait maternel ?</p> <p><i>Saisissez l'âge en mois. Saisissez -88 pour ne sait pas, -99 pour pas de réponse. 0 est une réponse possible.</i></p>	
<p>404a. <math>\{firstname\}</math> a t-il/elle déjà mangé des aliments solides, semi-solides ou mous?</p> <p>RELANCER: comme le yaourt, le bouillie, les fruits, les légumes et la viande.</p>	<p><input type="radio"/> Oui</p> <p><input type="radio"/> Non</p> <p><input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p><input type="radio"/> Pas de réponse</p>
<p>404b. A quel âge (en mois) <math>\{firstname\}</math> a t-il/elle mangé pour la première fois des aliments solides, semi-solides ou mous ?</p> <p><i>Saisissez l'âge en mois. Saisissez -88 pour ne sait pas, -99 pour pas de réponse. 0 est une réponse possible.</i></p>	
<p>405a. Avez-vous déjà reçu des conseils d'un prestataire de santé ou d'un agent de santé communautaire sur les liquides, les aliments semi-solides ou solides à donner à <math>\{firstname\}</math> , hormis le lait maternel?</p>	<p><input type="radio"/> Oui</p> <p><input type="radio"/> Non</p> <p><input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p><input type="radio"/> Pas de réponse</p>
<p>405b. Cela fait combien de temps depuis la dernière fois que vous avez reçu des conseils sur l'alimentation de <math>\{firstname\}</math> de la part d'un prestataire de santé ou d'un agent de santé communautaire?</p>	<p><input type="radio"/> Moins d'1 mois</p> <p><input type="radio"/> 1-11 mois (saisissez la valeur à l'écran suivant)</p> <p><input type="radio"/> 1 an ou plus</p> <p><input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p><input type="radio"/> Pas de réponse</p>
<p>Enregistrez la valeur en mois.</p> <p><i>Doit être compris entre 1 et 11 mois.</i></p>	
<p>405c. La dernière fois que vous avez reçu des conseils sur l'alimentation de <math>\{firstname\}</math>, où avez-vous reçu ces conseils?</p> <p><i>Lisez les options à voix haute</i></p>	<p><input type="radio"/> Consultation dans une structure de santé</p> <p><input type="radio"/> Consultation dans une case de santé (ou similaire)</p> <p><input type="radio"/> Visite à domicile par un agent de santé ou un volontaire</p> <p><input type="radio"/> Via d'autres efforts de sensibilisation communautaire (ni en structure, ni à domicile)</p> <p><input type="radio"/> Autre</p> <p><input type="radio"/> Ne sait pas</p> <p><input type="radio"/> Pas de réponse</p>
<p>405d. La dernière fois que vous avez reçu des conseils sur l'alimentation de <math>\{firstname\}</math>, qui vous a donné ces conseils ?</p>	<p><input type="radio"/> Médecin</p> <p><input type="radio"/> Sage femme/ maïeuticien</p> <p><input type="radio"/> Infirmier(e)</p> <p><input type="radio"/> Accoucheuse brevetée / auxiliaire</p> <p><input type="radio"/> Matrone / Accoucheuse formée</p> <p><input type="radio"/> Accoucheuse traditionnelle</p> <p><input type="radio"/> ASC ou ASBC</p> <p><input type="radio"/> Autre</p>

	<input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
<p>406a. Avez-vous reçu des conseils d'un prestataire de santé ou un agent de santé communautaire sur l'âge auquel commencer à donner des liquides et aliments semi-solides et solides à \${firstname}, autres que le lait maternel?</p>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
<p>406b. Vous a t-on donné un âge précis auquel commencer à donner des liquides et aliments semi-solides et solides à \${firstname}, autres que le lait maternel?</p>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
<p>406c. À quel âge vous a t-on dit de commencer à donner des liquides et aliments semi-solides et solides autres que le lait maternel à \${firstname}?</p> <p><i>Saisir l'âge en mois. Saisir -77 si n'a pas reçu de conseil. Saisir -88 pour Ne sait pas, -99 pour Pas de réponse. 0 est une réponse possible.</i></p>	
<p>Attention 406c : La valeur enregistrée est plus élevée que la fourchette attendue de 23 mois ou moins. Veuillez vérifier que la valeur saisie est bien ce qu'a déclaré l'enquêté. Si non, retournez en arrière et corrigez-la.</p>	
<p>406d. Comment savez-vous quand un enfant est prêt à manger des liquides, aliments semi-solides et solides autres que du lait maternel?</p> <p><i>Sélectionnez toutes les réponses mentionnées.</i></p>	<input type="checkbox"/> Le bébé s'assoit bien <input type="checkbox"/> Le bébé ne recrache pas la nourriture de sa bouche <input type="checkbox"/> Le bébé peut mastiquer <input type="checkbox"/> Le bébé peut attraper la nourriture avec ses doigts <input type="checkbox"/> Le bébé a envie de manger; essaie d'attraper la nourriture et de la mettre dans sa bouche <input type="checkbox"/> Le bébé pleure beaucoup <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Pas de réponse
<p>406e.i. Quelles informations vous a t-on donné concernant les liquides autres que le lait maternel et les aliments semi-solides et solides à donner à votre enfant ?</p> <p><i>RELANCER : D'un prestataire de santé dans une structure sanitaire ou d'un agent de santé communautaire.</i></p> <p><i>Ne lisez pas les choix de réponses à voix haute, sélectionnez toutes les réponses mentionnées par l'enquêté(e).</i></p>	<input type="checkbox"/> Introduction des aliments de compléments après 6 mois <input type="checkbox"/> Continuer à allaiter jusqu'à 2 ans <input type="checkbox"/> Varier les groupes d'aliments <input type="checkbox"/> Donner des aliments d'origine animale spécifiquement (ex : œufs, lait, viande) <input type="checkbox"/> Une bonne fréquence des repas <input type="checkbox"/> Donner les aliments enrichies/fortifiés avec les micronutriments <input type="checkbox"/> Bonne hygiène pendant la préparation des repas <input type="checkbox"/> Répondre à l'enfant pendant ses

	repas (attention/soins) <input type="checkbox"/> Continuer à allaiter et à donner d'autres aliments lorsque l'enfant est malade <input type="checkbox"/> Aucune des options ci-dessus <input type="checkbox"/> Pas de réponse
Cochez pour vérifier que vous avez vu toutes les options	<input type="radio"/>

<p>406e.ii. Quelles informations vous a-t-on donné concernant les liquides autres que le lait maternel et les aliments semi-solides et solides à donner à votre enfant ?</p> <p><i>RELANCER : D'un prestataire de santé dans une structure sanitaire ou d'un agent de santé communautaire.</i></p> <p><i>Lisez les options à voix haute. Sélectionnez toutes les réponses qui conviennent.</i></p>	<input type="checkbox"/> Introduction des aliments de compléments après 6 mois <input type="checkbox"/> Continuer à allaiter jusqu'à 2 ans <input type="checkbox"/> Varier les groupes d'aliments <input type="checkbox"/> Donner des aliments d'origine animale spécifiquement (ex : œufs, lait, viande) <input type="checkbox"/> Une bonne fréquence des repas <input type="checkbox"/> Donner les aliments enrichies/fortifiés avec les micronutriments <input type="checkbox"/> Bonne hygiène pendant la préparation des repas <input type="checkbox"/> Répondre à l'enfant pendant ses repas (attention/soins) <input type="checkbox"/> Continuer à allaiter et à donner d'autres aliments lorsque l'enfant est malade <input type="checkbox"/> Aucune des options ci-dessus <input type="checkbox"/> Pas de réponse
Cochez pour vérifier que vous avez vu toutes les options	<input type="radio"/>

À présent, je souhaiterais vous poser des questions concernant les aliments et liquides que  $\{\text{firstname}\}$  a pris hier pendant la journée ou la nuit. Si quelqu'un d'autre a nourri  $\{\text{firstname}\}$ , vous pouvez lui demander de vous aider à répondre aux questions pour que vos réponses soient exactes.

407a. Etiez-vous présente à chaque fois que $\{\text{firstname}\}$ a mangé ou bu quelque chose hier pendant la journée ou la nuit ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
---	---

407b. À présent je voudrais savoir quels liquides  $\{\text{firstname}\}$  a bu hier pendant le jour ou la nuit. Je souhaiterais savoir si votre enfant a bu les liquides suivants même mélangés avec d'autres aliments.

*Passez à l'écran suivant lorsque vous êtes prête.*

407b. $\{\text{firstname}\}$ a-t-il/elle mangé ou bu:	
---	--

	Oui	Non	NSP	PDR
Lait maternel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De l'eau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Du lait premier âge/ pour nourrissons ou formule infantile commercialisée (Substitut du lait maternel : NAN, Nativa, Guigoz, Cerelac, vitacasui, vitaline, etc. )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

407b. \${firstname} a t-il/elle mangé ou bu:				
	Oui	Non	NSP	PDR
Du lait tel que du lait en boîte, en poudre ou du lait frais d'animal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

407b. \${firstname} a t-il/elle mangé ou bu:				
	Oui	Non	NSP	PDR
Jus ou boisson à base de jus non sucré(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Boissons sucrées comme des jus de fruits sucrés, des boissons gazeuses, etc	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bouillon seul	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

407b. \${firstname} a t-il/elle mangé ou bu:				
	Oui	Non	NSP	PDR
Du yaourt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Boissons sucrées à base de yaourt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bouillie fine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre (liquides à base d'eau)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

407c. Les boissons sucrées que \${firstname} a bues hier étaient-elles..				
	Oui	Non	NSP	PDR
Fait maison	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Préparé par un vendeur local ou un restaurant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Industriel, emballé ou avec un nom de marque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

408a. Combien de fois \${firstname} a t-il/elle bu du lait tel que du lait en boîte, en poudre ou du lait frais d'animal hier ?  
*Saisir - 88 pour ne sait pas ou -99 pour pas de réponse. Zéro est une réponse possible.*

<p>408b. Combien de fois <math>\{\text{firstname}\}</math> a-t-il/elle bu du lait en poudre pour bébé hier ?</p> <p><i>Saisir - 88 pour ne sait pas ou -99 pour pas de réponse. Zéro est une réponse possible.</i></p>	
<p>408c. Combien de fois <math>\{\text{firstname}\}</math> a-t-il/elle mangé du yaourt hier ?</p> <p><i>Saisir - 88 pour ne sait pas ou -99 pour pas de réponse. Zéro est une réponse possible.</i></p>	
<p>409a. J'aimerais à présent connaître les aliments que <math>\{\text{firstname}\}</math> a mangé hier pendant la journée ou la nuit. Je voudrais savoir si votre enfant a mangé les aliments suivants même mélangés avec d'autres aliments.</p> <p><i>Passez à l'écran suivant lorsque vous êtes prête.</i></p>	

409a.i. $\{\text{firstname}\}$ a-t-il/elle mangé ou bu:				
	Oui	Non	NSP	PDR
Aliments enrichis comme Cerelac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Du pain, du riz, des pâtes ou d'autres aliments à base de céréales (maïs, mil, sorgho)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des citrouilles (Yogre), carottes, courges ou patates douces qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

409a.ii. $\{\text{firstname}\}$ a-t-il/elle mangé ou bu:				
	Oui	Non	NSP	PDR
Des pommes de terre, igname, manioc (attiéké, gari), patates douces blanches, taros, banane plantain (allico) ou autre aliment à base de racines	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Choux oseille, amarante (barambourou), salade, feuilles de baobab, corète potagère (bulvaka), épinards, feuilles d'oignon, feuilles de haricot, feuilles de manioc, feuilles de patates, kapok ou légumes vert foncés à feuilles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mangues, papayes, melon de couleur orange, néré (fruits ou farine)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

409a.iii. $\{\text{firstname}\}$ a-t-il/elle mangé ou bu:				
	Oui	Non	NSP	PDR
D'autres types de fruits et légumes comme ananas, banane, goyave, dattes, pastèque, jujube, orange, citron, fruits sauvages (raisons), tamarins, pain de singe, la tomate fraîche, gombo frais ou sec, aubergines, courgettes, concombre, choux, navets, oignon, poivron vert, haricots verts, champignons ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Foie de veau, de mouton, de volailles, rognon, cœur, poumon, tripes, queue de bœuf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



De la viande comme du bœuf, du porc, de l'agneau, de la chèvre, du poulet ou du canard?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des insectes comme criquets, sauterelles, éphémères (yiou), djindjina etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

409a.iv. \${firstname} a t-il/elle mangé ou bu:				
	Oui	Non	NSP	PDR
Des œufs (poule, pintade, caille)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poisson frais, fumé, salé, séché (sauf pincée de poudre), conserves (sardines, thon...), coquillages et fruits de mer frais ou séchés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N'importe quelle préparation à base de haricots, de pois, de lentilles ou de noix	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

409a.v. \${firstname} a t-il/elle mangé ou bu:				
	Oui	Non	NSP	PDR
Du fromage ou autres aliments à base de lait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aliments sucrés, bonbons, biscuits, miel, confiture, chocolat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chips, ou autres aliments frits	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

409a.vi. \${firstname} a t-il/elle mangé ou bu:				
	Oui	Non	NSP	PDR
Autres aliments solides, semi-solides ou mous?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

409a. CONTRÔLE \${firstname} a-t-il/elle mangé des aliments solides, semi-solides ou mous ? RELANCER : Des aliments comme ceux que j'ai mentionné tout à l'heure 409a.	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Pas de réponse
---	--

Retournez à 409a et saisissez les aliments pertinents.

409b. Est-ce que l'un des aliments sucrés que votre enfant a mangés hier était :? <i>Lisez les réponses à voix haute et sélectionnez toutes celles mentionnées.</i>				
	Oui	Non	NSP	PDR
Fait maison	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Préparé par un vendeur local ou un restaurant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Industriel, emballé ou avec un nom de marque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<p>409c. Est-ce que l'un des aliments salés que votre enfant a mangés hier était ?</p> <p><i>Lisez les réponses à voix haute et sélectionnez toutes celles mentionnées.</i></p>				
	Oui	Non	NSP	PDR
Fait maison	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Préparé par un vendeur local ou un restaurant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Industriel, emballé ou avec un nom de marque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

410a. Combien de fois  $\$(\text{firstname})$  a t-il/elle mangé des aliments solides, semi-solides ou mous hier pendant la journée ou la nuit ?

*Saisir - 88 pour ne sait pas ou -99 pour pas de réponse. Zéro est une réponse possible.*

410b. À  $\$(\text{interviewer\_name})$ : D'autres personnes ont-elles aidé à répondre à ces questions ?

- Oui  
 Non  
 Pas de réponse

411a. Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous cherché à obtenir des conseils ou un traitement auprès de quelque source que ce soit pour soigner  $\$(\text{firstname})$  ?

- Oui  
 Non  
 Ne sait pas  
 Pas de réponse

411b. Où avez-vous cherché des conseils ou un traitement ?

*Relancer: Aucun autre endroit ?*

- Centre hospitalier national  
 Centre de santé et de promotion sociale (CSPS)  
 Centre hospitalier régional  
 Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA)  
 Centre médical (CM) / Centre médical urbain (CMU)  
 Agents itinérants de santé et agents communautaires  
 Maternité  
 Clinique mobile (secteur privé)  
 Hôpital / clinique privé(e)  
 Pharmacie  
 Médecin privé  
 ASC ou ASBC  
 Boutique / marché / supermarché  
 Praticien/Guériss traditionnel  
 Autre  
 Ne sait pas  
 Pas de réponse

<p>411c. Pendant cette consultation, le prestataire de santé ou agent de santé communautaire vous a-t-il dit de continuer à allaiter votre enfant lorsqu'il est malade ?</p>	<p> <input type="radio"/> Oui  <input type="radio"/> Non  <input type="radio"/> Ne sait pas  <input type="radio"/> Pas de réponse         </p>
<p>411d. Pendant cette consultation, le prestataire de santé vous a-t-il parlé de l'alimentation de votre enfant malade ?</p>	<p> <input type="radio"/> Oui  <input type="radio"/> Non  <input type="radio"/> Ne sait pas  <input type="radio"/> Pas de réponse         </p>
<p>411e. Que vous a dit le prestataire de santé concernant l'alimentation de votre enfant malade ?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Lui donner du zinc  <input type="checkbox"/> Lui donner une solution de réhydratation orale  <input type="checkbox"/> Continuer à allaiter  <input type="checkbox"/> Allaiter plus fréquemment  <input type="checkbox"/> Allaiter à la demande  <input type="checkbox"/> Plus d'autres liquides  <input type="checkbox"/> Manger plus  <input type="checkbox"/> Manger moins  <input type="checkbox"/> Nourrir patiemment pour augmenter l'appétit  <input type="checkbox"/> Petits repas fréquents  <input type="checkbox"/> Aliments simples (bouillie, fruits)  <input type="checkbox"/> Les pratiques optimales d'hygiène  <input type="checkbox"/> Aucune des options ci-dessus  <input type="checkbox"/> Ne sait pas  <input type="checkbox"/> Pas de réponse         </p>
<p>412a. <math>\{firstname\}</math> a-t-il/elle eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?</p>	<p> <input type="radio"/> Oui  <input type="radio"/> Non  <input type="radio"/> Ne sait pas  <input type="radio"/> Pas de réponse         </p>

<p>412b. <math>\{firstname\}</math> a-t-il pris les choses suivantes depuis qu'il/elle a commencé à avoir la diarrhée ? <i>Lisez les options à voix haute.</i></p>								
	Oui	Non	NSP	PDR				
Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé SRO ou Orasel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Un liquide SRO préconditionné	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Solution sucrée salée fait maison	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Des comprimés ou du sirop de zinc	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

<p>413. Au cours des 6 derniers mois, <math>\{firstname\}</math> a-t-il/elle reçu une dose de vitamine A comme [celle(s)-ci] ? <i>Montrer des types d'ampoules courantes.</i></p>	<p> <input type="radio"/> Oui  <input type="radio"/> Non         </p>
---	---

[Vitamin_A.jpg]	<input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
<p>414a. Au cours des 30 derniers jours, \${firstname} a t-il/elle pris un complément ou une poudre de micronutriments multiples comme ceux-ci?  <i>Montrer les comprimés et sachets en poudre courants. Sélectionnez toutes les réponses mentionnées.</i>          [MNP.jpg]</p>	<input type="checkbox"/> Micronutriments en poudre (sachet) <input type="checkbox"/> Autre complément multivitaminé <input type="checkbox"/> Non, n'a rien pris <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Pas de réponse
<p>414b. Pendant combien de jours au cours des 30 derniers jours \${firstname} a t-il/elle pris des compléments en poudre ?  <i>Saisir -88 si ne sait pas ou -99 si pas de réponse</i></p>	
<p>415a. Au cours des 30 derniers jours, un prestataire de santé ou un agent de santé communautaire a t-il mesuré la taille, le poids ou le tour de bras de \${firstname} ?  <i>Lire toutes les options à voix haute.</i></p>	<input type="checkbox"/> Taille <input type="checkbox"/> Poids <input type="checkbox"/> Périmètre Brachial (PB) <input type="checkbox"/> Non, n'a rien mesuré <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Pas de réponse
<p>415b. Que vous a dit le prestataire de santé ou l'agent de santé communautaire sur la croissance de votre enfant?</p>	<input type="radio"/> Grandit bien/ ne souffre pas de malnutrition <input type="radio"/> Ne grandit pas bien/souffre de malnutrition <input type="radio"/> N'a rien dit <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
<p>415c. Après avoir mesuré \${firstname}, vous a t-il renvoyé vers une (autre) structure sanitaire ou agent de santé?</p>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
<p>416a. \${firstname} a t-il/elle participé à un programme dans une structure sanitaire ou dans la communauté qui donne de la nourriture ou des compléments alimentaires?</p>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
<p>416b. Pendant combien de mois votre enfant a t-il/elle participé à ce programme ?</p>	
<p>416c. Quel type d'aliments a t-il reçu de la formation sanitaire pour traiter la malnutrition ?  <i>Lire la liste des compléments alimentaires propres au pays.</i></p>	<input type="checkbox"/> RUTF/Plumpy' (sachets de pâte d'arachides) <input type="checkbox"/> Lait thérapeutique F75 ou F100 <input type="checkbox"/> Supercereal ou CSB+ (premix composé de la farine de maïs soja, huile, sucre et lait en poudre. Il se prépare en bouillie généralement.) <input type="checkbox"/> Panier d'aliments variés (par exemple, riz, huile, haricots)

	<input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Pas de réponse
416d. Est-ce que votre enfant reçoit toujours de la nourriture ou des compléments alimentaires de ce programme ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
417. $\{firstname\}$ a-t-il/elle bu du thé avec du sucre, hier pendant le jour ou la nuit ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
418a. $\{firstname\}$ a-t-il/elle bu un autre jus ou une autre boisson gazeuse sucrée, ou une boisson sucrée à base de yaourt, hier pendant le jour ou la nuit ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
418b. Les/la boisson(s) sucrée(s) que $\{firstname\}$ a consommée(s) hier était-elle/étaient-elles : <i>Lisez les réponses à voix haute et sélectionnez toutes celles mentionnées.</i>	<input type="checkbox"/> Fait(e) maison <input type="checkbox"/> Préparé(e) par un vendeur local ou un restaurant <input type="checkbox"/> Industriel(le), emballé(e) ou avec un nom de marque <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Pas de réponse
419a. $\{firstname\}$ a-t-il/elle mangé des aliments sucrés, des biscuits sucrés ou des bonbons comme : du sucre en poudre ou en carreaux, bonbons, etc. hier pendant le jour ou la nuit ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
419b. Est-ce que l'un des aliments sucrés que $\{firstname\}$ a mangés hier était : <i>Lisez les réponses à voix haute et sélectionnez toutes celles mentionnées.</i>	<input type="checkbox"/> Fait(e) maison <input type="checkbox"/> Préparé(e) par un vendeur local ou un restaurant <input type="checkbox"/> Industriel(le), emballé(e) ou avec un nom de marque <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Pas de réponse
420a. $\{firstname\}$ a-t-il/elle mangé des snacks salés comme des chips, des frites ou des biscuits salés hier pendant le jour ou la nuit ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas <input type="radio"/> Pas de réponse
420b. Est-ce que l'un des aliments salés que $\{firstname\}$ a mangés hier était : <i>Lisez les réponses à voix haute et sélectionnez toutes celles mentionnées.</i>	<input type="checkbox"/> Fait(e) maison <input type="checkbox"/> Préparé(e) par un vendeur local ou un restaurant <input type="checkbox"/> Industriel(le), emballé(e) ou avec

	un nom de marque <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Pas de réponse
<b>LA MESURE DU PB POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS</b> <i>Demandez à la personne interrogée de trouver l'enfant et de vous permettre de prendre des mesures.</i>	
490. Vous devriez tenter de mesurer \${firstname}. \${firstname} est-il/elle là?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
491. Je voudrais vous demander votre permission de mesurer le tour de bras de votre enfant. Si vous acceptez, je mesurerai son tour de bras et enregistrerai cette mesure sur mon téléphone. Cet exercice prendra moins d'une minute. Cette mesure n'est pas obligatoire et il n'y a aucun problème si vous ou votre enfant ne souhaitez pas qu'il soit mesuré. Il n'y a aucun bénéfice direct à être mesuré. Avez-vous des questions sur cette mesure ? Puis-je commencer ? <i>Si oui, mesurer le tour du haut du bras (PB) et remercier le/la participant(e).</i>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Pas de réponse
491. PB (cm):	
Remerciez la personne interrogée pour le temps qu'elle a bien voulu vous accorder. <i>L'enquête a terminé, mais il vous reste d'autres questions à compléter en dehors de la maison</i>	
Merci. <i>Il vous reste d'autres questions à compléter en dehors de la maison</i>	
<b>095. Géoréférencement</b> <i>Veillez faire une mesure des coordonnées GPS prêt de l'entrée de la maison. Saisir les coordonnées quand leur exactitude est inférieure à 6m.</i>	
096. Combien de fois avez-vous rendu visite à ce ménage pour interroger cette personne?	<input type="radio"/> 1ère fois <input type="radio"/> 2ème fois <input type="radio"/> 3ème fois
097. En quelle langue avez-vous effectué cette enquête ?	<input type="radio"/> Anglais <input type="radio"/> Français <input type="radio"/> Mooré <input type="radio"/> Gourmantchema <input type="radio"/> Fulfulde <input type="radio"/> Dioula <input type="radio"/> Autre
098. Résultat du Questionnaire <i>Sélectionnez le résultat du Questionnaire femme</i>	<input type="radio"/> Complété <input type="radio"/> Pas à la maison <input type="radio"/> Différé <input type="radio"/> Refusé <input type="radio"/> Complété en partie <input type="radio"/> Incapacité