



QUESTIONNAIRES

CSPRo

MISAME-III



Version 2.0 – March 2020

Les auteurs

Katrien Vanslambrouck

Brenda de Kok

Lieven Huybregts

Henri Somé

TABLE DES MATIÈRES

1. Formulaire Visite À Domicile (VAD) - (sur téléphone par la FA)	1
2. Formulaire de consommation – diversité alimentaire (sur téléphone par la FA).....	3


1. Formulaire Visite À Domicile (VAD) - (sur téléphone par la FA)

N°	QUESTIONS	RÉPONSES
1	N° D'identification de la femme	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
2	N° D'identification de la femme accompagnante	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
3	Nouvelle femme recensée	<input type="checkbox"/> Non (0) <input type="checkbox"/> Oui (1)
4	Zone CSPS	<input type="checkbox"/> Boni (1) <input type="checkbox"/> Dohoun (2) <input type="checkbox"/> Karaba (3) <input type="checkbox"/> Dougoumato II (4) <input type="checkbox"/> Koumbia (5) <input type="checkbox"/> Kari (6)
5	Village	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
6	Nom du quartier	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
7	GPS Latitude et Longitude	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
8	Numéro de la visite	_ _ _
LES VISITES		
1	Date visite 1 :	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
	Grossesse possible?	_ (0=non, 1=oui)
	Date de dernières règles	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
2	Date visite 2 :	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
	Grossesse possible?	_ (0=non, 1=oui)
	Date de dernières règles	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
3	Date visite 3 :	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
	Grossesse possible?	_ (0=non, 1=oui)
	Date de dernières règles	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
4	Date visite 4 :	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
	Grossesse possible?	_ (0=non, 1=oui)
	Date de dernières règles	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
	Date visite 5 :	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _

5	Grossesse possible?	_ (0=non, 1=oui)
	Date de dernières règles	_ _ / _ _ / _ _
6	Date visite 6 :	_ _ / _ _ / _ _
	Grossesse possible?	_ (0=non, 1=oui)
	Date de dernières règles	_ _ / _ _ / _ _
7	Date visite 7 :	_ _ / _ _ / _ _
	Grossesse possible?	_ (0=non, 1=oui)
	Date de dernières règles	_ _ / _ _ / _ _
8	Date visite 8 :	_ _ / _ _ / _ _
	Grossesse possible?	_ (0=non, 1=oui)
	Date de dernières règles	_ _ / _ _ / _ _
9	Date visite 9 :	_ _ / _ _ / _ _
	Grossesse possible?	_ (0=non, 1=oui)
	Date de dernières règles	_ _ / _ _ / _ _
10	Date visite 10 :	_ _ / _ _ / _ _
	Grossesse possible?	_ (0=non, 1=oui)
	Date de dernières règles	_ _ / _ _ / _ _
11	Date visite 11 :	_ _ / _ _ / _ _
	Grossesse possible?	_ (0=non, 1=oui)
	Date de dernières règles	_ _ / _ _ / _ _
12	Date visite 12 :	_ _ / _ _ / _ _
	Grossesse possible?	_ (0=non, 1=oui)
	Date de dernières règles	_ _ / _ _ / _ _
13	Est-ce la fin de la fiche visite à domicile ?	_ (0=non, 1=oui)
14	Si oui, quelle est la raison de fin de la fiche VAD :	<input type="checkbox"/> Grossesse confirmé par sage-femme (1) <input type="checkbox"/> Refus des visites (2) <input type="checkbox"/> Contraception (3) <input type="checkbox"/> Déménagement (4) <input type="checkbox"/> Doublon (5) <input type="checkbox"/> Limite d'âge (6) <input type="checkbox"/> Accouchement récent (7) <input type="checkbox"/> Toutes les visites réalisées (8) <input type="checkbox"/> Mort (9) <input type="checkbox"/> Autre (88) <input type="checkbox"/> Préciser _____
15	Commentaire	

13	Combien de suppléments ont été donnés à la femme en avance ?	_ _
14	Le comprimé FAF a-t-il été pris ?	<input type="checkbox"/> Non(0) <input type="checkbox"/> Oui, observé (1) <input type="checkbox"/> Oui, pas observé (2)
15	Pourquoi le FAF n'a pas été pris ?	<input type="checkbox"/> Maladie (1) <input type="checkbox"/> Vomissement (2) <input type="checkbox"/> Refus (3) <input type="checkbox"/> ne veut pas prendre aujourd'hui (4) <input type="checkbox"/> Autre (99)
16	Préciser si autre raison pour laquelle le FAF n'a pas été prise ?	_ _ _ _ _ _
17	Le compliment a-t-il été pris ?	<input type="checkbox"/> Non applicable (0) <input type="checkbox"/> Oui, complètement observé (1) <input type="checkbox"/> Oui, partie observée (2) <input type="checkbox"/> Oui, partiellement consommé (3) <input type="checkbox"/> Oui, pas observé (4) <input type="checkbox"/> Non (5)
18	Pourquoi le compliment n'a pas été pris au une partie a été prise?	<input type="checkbox"/> Non applicable (0) <input type="checkbox"/> Maladie (1) <input type="checkbox"/> Refus (2) <input type="checkbox"/> Pas faim (3) <input type="checkbox"/> Pas aimé (4) <input type="checkbox"/> Partagé (5) <input type="checkbox"/> Compte manger plus tard (6) <input type="checkbox"/> Autre (99)
19	Préciser si autre raison pour laquelle le comprimé n'a pas été prise ?	_ _ _ _ _ _
20	La mère a-t-elle été référée au CSPS ?	<input type="checkbox"/> Non (0) <input type="checkbox"/> Oui (1)

21	L'enfant a-t-il été référé au CSPS ?	<input type="checkbox"/> Non (0) <input type="checkbox"/> Oui (1)
22	<i>Random Day (automatiquement généré)* ;</i>	
23	Au cours des 24 dernières heures, avez-vous mangé <u>céréales, racines, tubercules, plantain</u> ?	<input type="checkbox"/> Non (0) <input type="checkbox"/> Oui (1)
24	Au cours des 24 dernières heures, avez-vous mangé <u>légumineuses</u> ?	<input type="checkbox"/> Non (0) <input type="checkbox"/> Oui (1)
25	Au cours des 24 dernières heures, avez-vous mangé <u>noix et graines</u> ?	<input type="checkbox"/> Non (0) <input type="checkbox"/> Oui (1)
26	Au cours des 24 dernières heures, avez-vous mangé <u>feuilles vertes</u> ?	<input type="checkbox"/> Non (0) <input type="checkbox"/> Oui (1)
27	Au cours des 24 dernières heures, avez-vous mangé <u>légumes riches en vitamine A</u> ?	<input type="checkbox"/> Non (0) <input type="checkbox"/> Oui (1)
28	Au cours des 24 dernières heures, avez-vous mangé <u>autres légumes</u> ?	<input type="checkbox"/> Non (0) <input type="checkbox"/> Oui (1)
29	Au cours des 24 dernières heures, avez-vous mangé <u>fruits riches/vit A</u> ?	<input type="checkbox"/> Non (0) <input type="checkbox"/> Oui (1)
30	Au cours des 24 dernières heures, avez-vous mangé <u>autres fruits</u> ?	<input type="checkbox"/> Non (0) <input type="checkbox"/> Oui (1)
31	Au cours des 24 dernières heures, avez-vous mangé <u>œufs</u> ?	<input type="checkbox"/> Non (0) <input type="checkbox"/> Oui (1)
32	Au cours des 24 dernières heures, avez-vous mangé <u>viandes, volailles, insectes et poisson</u> ?	<input type="checkbox"/> Non (0) <input type="checkbox"/> Oui (1)
33	Au cours des 24 dernières heures, avez-vous mangé <u>produits laitiers</u> ?	<input type="checkbox"/> Non (0) <input type="checkbox"/> Oui (1)

34	Au cours des 24 dernières heures, avez-vous mangé céréales, racines, tubercules ?	<input type="checkbox"/> Non (0) <input type="checkbox"/> Oui (1)
35	Au cours des 24 dernières heures, avez-vous mangé céréales, racines, tubercules ?	<input type="checkbox"/> Non (0) <input type="checkbox"/> Oui (1)
36	Est-ce la fin de la fiche visite ?	_ (0=non, 1=oui)
37	Date fin de fiche ?	_ _ - _ _ - _ _ _ _
38	Si oui, quelle est la raison de fin de la fiche :	<input type="checkbox"/> Fin de supplémentation (0) <input type="checkbox"/> Fin du mois (1) <input type="checkbox"/> Accouchement (2) <input type="checkbox"/> Fausse couche / Avortement (3) <input type="checkbox"/> Mort-né (4) <input type="checkbox"/> Décès de le mère (5) <input type="checkbox"/> Perdu de vue (6) <input type="checkbox"/> Refus (7) <input type="checkbox"/> Décès enfant (femme allaitante) (8) <input type="checkbox"/> Autre (99)  Préciser _____
39	Commentaire	

* DIVERSITE ALIMENTAIRE (24h)

GROUPES ALIMENTAIRES		ALIMENTS CORRESPONDANTS
1	CEREALES, RACINES, TUBERCULES, PLANTAIN	Sorgho blanc, sorgho rouge, mil, petit mil, riz, maïs, pâtes alimentaires (macaronis, spaghettis..), blé (boulgour, pain, ...), fonio... Patate douce blanche, pomme de terre, igname, taros, autres tubercules blancs (fabirama...), manioc (atiéké, gari), banane plantain (alloco) (sauf patate douce à chair orange)
2	LEGUMINEUSES	Haricots (niébé), pois de terre, petits pois, pois chiches, lentilles, zamné, autres légumineuses
3	NOIX ET GRAINES	Arachide (en pâte ou autre), sésame, noix de cajou, noix sauvages, graines de coton, graines de palme (non rouge)...
4	FEUILLES VERTES	Oseille, amarante, salade, feuilles de baobab, corète potagère (bulvaka), épinards, feuilles d'oignon, feuilles de haricot, feuilles de manioc, feuilles de patate, feuilles sauvages vertes, etc.
5	LEGUMES RICHES EN VITAMINE A	carotte, poivron rouge, courge à chair orange, patate douce à chair orange
6	AUTRES LEGUMES	Chou, gombo, poivron vert, tomate fraîche (sauf concentré), aubergine, oignons, haricots verts, avocat, kapok, courgettes, concombres, navets,...
7	FRUITS RICHES/VIT. A	Mangue, papaye, néré (fruits ou farine), jus de ces fruits
8	AUTRES FRUITS	Banane, orange, citron, ananas, pain de singe, goyave, jujube, melon, canne à sucre, pomme-cannelle, fruits sauvages (raisins, tamarin, karité...), jus de ces fruits frais
9	OEUFS	Oeufs de poule, de pintade, de caille...
10	VIANDES, VOLAILLES, ABATS, INSECTES et POISSON	Boeuf, mouton, chèvre, porc, langue, lapin, viande de brousse, poulet, pintades, Abats (tripes, geziers, foie, rognon, queue de boeuf,...), insectes (chenilles,...)... Poisson frais, fumé, salé, thon en boîte, tous fruits de mer etc...(sauf pincée de poudre)
11	PRODUITS LAITIERS	Lait frais, lait en poudre, lait concentré (sucré ou non), yaourt, fromage, crème fraîche...