

QUESTIONNAIRE ENQUETE BASELINE DANS DES COMMUNES D'INTERVENTION DU PAM

I. IDENTIFICATION

I.1	Région de : _____
I.2	Département de : _____
I.3	Commune de : _____
I.4	Village de : _____
I.5	Zone agro écologique: 1= Zone agricole, 2=Zone Agro pastorale, 3= Zone Pastorale et Désertique _ _
I.6	Numéro du ménage _ _ _
I.7	Nom du chef du ménage :
I.8	Catégorie du ménage après le ciblage (à prendre sur la liste) 1 = Très pauvre 2 = Pauvre 3= Moyen 4= Nanti _ _
I.9	Date de l'enquête (jour/mois/année) _ _ / _ _ / _2_ _0_ _1_ _4_
I.10	Nom de l'agent enquêteur.....
I.11	Nom du chef d'équipe..... N° Equipe : _ _ _ _

II. RECAPITULATIF COMPOSITION DU MENAGE ET CARACTERISTIQUES DU MENAGE

	Masculin	Féminin
RC.1	Nombre total de membres du ménage _ _ 	 _ _
RC.2	Nombre d'enfants de 0 à 5 mois _ _ 	 _ _
RC.3	Nombre d'enfants de 6 à 23 mois _ _ 	 _ _
RC.4	Sexe du chef de ménage	1 = Masculin 2 = Féminin _ _
RC.5	Statut matrimonial du chef de ménage	1= Marié monogame 2 = Marié polygame 3= Divorcé /Séparé 4= Veuf/Veuve 5= Célibataire _ _
RC.6	Age du chef de ménage	_ _ _ ans. Mettre 99 en cas de non réponse et 98 pour 98 ans ou +
RC.7	Quel est le niveau d'instruction du chef de ménage ?	1= Aucun 2=Alphabétisé 3=Coranique 4=Primaire 5=Secondaire 6=Supérieur _ _
RC.8	Quelle est la principale occupation du chef de ménage ?	01= Employeur 02=Employé 03= Agriculteur 04= Eleveur 05= Ouvrier journalier 06= Commerçant 07= Ménagère 08 = Artisan 09 = Chasseur/Pêcheur 10 = Vendeur de bois/paille 11 = Retraités 12 = Non occupé 13 = Autre à préciser _ _ _
RC.9	De combien de sources de revenu le ménage dispose?	 _ _
RC.10	Sources de revenu: Quelles sont les principales sources de revenu de votre ménage ?	1 ^{ère} plus importante _ _ _ 2 ^{ème} plus importante _ _ _ 3 ^{ème} plus importante _ _ _ 01 = Commerce 02= Salaire 03= Transferts financiers familiaux/amicaux 04= Vente de produits agricoles 05=Vente bétail 06 = Vente bois de chauffe/paille 07 = Petit commerce 08 = Travail journalier 09 = Transferts partenaires/ONG/GOV 11 = Emprunt 12 = Autre
RC.11	Combien de personnes dans le ménage contribuent-elles au revenu du ménage ?	 _ _

III. CONDITION DE VIE DES MENAGES

CV.1	Quelle est la principale source d'eau de boisson du ménage ? 1. Robinet d'eau courante 2. Forage 3. Mini AEP 4. Puits protégé	5. Puits ouvert 6. Eau surface (marigot, rivière, ruisseau, pluies, mares, fleuve, etc.) 7. Camion-citerne Autre à préciser	_ _
CV.2	Quel est le principal type de toilette qu'utilise votre ménage ? 1. Latrine traditionnelle 2. Latrine améliorée 3. Brousse (dans la nature) 4. W.C avec chasse d'eau 5. Autre à préciser		_ _
CV.3	Quelle est la principale source d'énergie pour la cuisson dans le ménage ? 1. Bois de chauffe		

	2. Charbon 3. Gaz 4. Electricité 5. Réchaud à pétrole 6. Bouses de vache 7. Tiges de céréales 8. Autre (à préciser)	<input type="checkbox"/>
CV.4	Quel est le statut d'occupation du logement du ménage ? 1. Propriétaire 2. Locataire 3. Occupe sans payer de location/ logé gratuitement 4. Autres (à préciser) :.....	<input type="checkbox"/>

IV. ACCES A L'AIDE HUMANITAIRE

AH.1	VOTRE MENAGES A-T-IL REÇU UNE ASSISTANCE D'AIDE HUMANITAIRE PENDANT L'ANNEE 2014?	1 = Oui 2 = Non <input type="checkbox"/>	
	Si oui de quel type d'assistance votre ménage a-t-il bénéficié?	1=. Oui 2=. Non 3=. NA Si non, aller à la ligne suivante	Source 1 = PAM 2 = CCA 3 = Filets sociaux 4 = Autres partenaires 5 = NSP
AH.2	DGC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AH.3	CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AH.4	FFA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AH.5	CFA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AH.6	BF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AH.7	CRENAM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AH.8	Bon d'achat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AH.9	Vente à prix modéré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AH.10	Achats locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AH.11	Aliment bétail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AH.12	Semences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AH.13	Autre assistance à préciser.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. A BIENS DU MENAGE

B.1 Pour chaque bien fonctionnel figurant dans la liste, demander si le ménage en possède			
Biens	1- Oui 2- Non	Biens	1- Oui 2- Non
1. Chaise	<input type="checkbox"/>	11. Radio	<input type="checkbox"/>
2. Couverture /Sakala	<input type="checkbox"/>	12. Houe/daba/hilaire	<input type="checkbox"/>
3. Table	<input type="checkbox"/>	13. Charrette (traction animale)	<input type="checkbox"/>
4. Lit /Coiffeuse/Kobo	<input type="checkbox"/>	14. Cyclomoteur	<input type="checkbox"/>
5. natte (plastique, raffia ...)	<input type="checkbox"/>	15. Bicyclette/vélo	<input type="checkbox"/>
6. Bijoux de valeurs	<input type="checkbox"/>	16. Lampe / Torche	<input type="checkbox"/>
7. Fer à repasser	<input type="checkbox"/>	17. Autre	<input type="checkbox"/>
8. Machine à coudre	<input type="checkbox"/>		
9. Téléphone portable	<input type="checkbox"/>		
10. Appareil TV/Accessoires	<input type="checkbox"/>		

VI. B. ELEVAGE

--

B.1 Le ménage possède-t-il des animaux ? 1=Oui 2=Non <input type="checkbox"/>	
<i>Si Non allez à VIII</i>	
B.2 Si B.2=oui, combien pour les espèces suivantes ?	
	Effectifs
Bovins	<input type="text"/>
Ovins	<input type="text"/>
Caprins	<input type="text"/>
Camelin	<input type="text"/>
Asins	<input type="text"/>
Equins	<input type="text"/>

VII. STRATEGIES DE SURVIE ET ADAPTATION ET D'ENDETTEMENT

SS.1	Durant les SEPT (7) DERNIERS JOURS précédant l'interview, y a-t-il eu des moments où vous n'avez pas eu de nourriture ou assez d'argent pour en acheter ?	1= Oui 2 = Non <input type="checkbox"/>	<i>Si Non, aller à SS11</i>
Si OUI, combien de jours sur sept (7), votre ménage a-t-il adopté les stratégies suivantes?		Utilisez les fréquences de 0 à 7	
SS.2	Consommer des aliments moins préférés et moins chers	<input type="text"/>	
SS.3	Emprunter de la nourriture ou recourir à l'aide des parents, des voisins ou des amis	<input type="text"/>	
SS.4	Diminuer la quantité consommée pendant les repas	<input type="text"/>	
SS.5	Restreindre la consommation des adultes pour permettre aux plus jeunes de manger davantage	<input type="text"/>	
SS.6	Diminuer le nombre de repas par jour	<input type="text"/>	
SS.7	Acheter des vivres à crédit	<input type="text"/>	
SS.8	Passer une journée entière sans manger	<input type="text"/>	
SS.9	Envoyer un membre du ménage manger chez les voisins/parents/Amis	<input type="text"/>	
SS.10	Renoncer au paiement de dettes contractées pour acheter des vivres	<input type="text"/>	
Au cours des 30 derniers jours		1=Oui 2=Non	Si Non, préciser: 1 =Non, parce que cela n'était pas nécessaire 2 = Non, parce que j'ai déjà vendu ces actifs ou fait cette activité et je ne peux pas continuer déployer cette stratégie 3 = Non, parce que je n'ai jamais eu la possibilité déployer cette stratégie
SS.11	Est-ce que votre ménage a enregistré des départs d'actifs plus que d'habitude ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SS.12	Vendre des actifs domestiques (radio, meubles, réfrigérateur, télévision, bijoux etc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SS.13	Vendre des actifs productifs ou moyens de transport (machine à coudre, brouette, vélo, voiture etc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SS.14	Réduire les dépenses non alimentaires essentielles telles que l'éducation, santé	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SS.15	Est-ce que votre ménage a vendu des animaux reproducteurs pour des besoins alimentaires ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SS.16	Est-ce que votre ménage a été contraint de dépenser son épargne pour des raisons d'insécurité alimentaire ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SS.17	Est-ce que votre ménage a vendu des terres pour des raisons d'insécurité alimentaire ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SS.18	Emprunter de l'argent/ nourriture à un commerçant usurier reconnu du village	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Endettement des ménages			
SS.19	Depuis les dernières récoltes (2012/2013), aviez-vous eu à vous endetter pour satisfaire les besoins alimentaires de votre ménage (bénéficiaires)?	1=Oui 2=Non <input type="checkbox"/>	
SS.20	Etes-vous endetté actuellement ?	1=Oui 2=Non (passer à la section XI <input type="checkbox"/>	
SS.21	Si oui le remboursement a-t-il déjà été fait ou engagé?	1=Oui 2=Non <input type="checkbox"/>	
SS.22	Quelle proportion des dettes a été remboursée ?	<input type="text"/>	%
Stock et approvisionnement			
SS.23	Disposez-vous encore aujourd'hui de stocks (stock et/ou approvisionnement) de céréales (Mil ; Sorgho ; Maïs ; Fonio ; Blé, Riz) ?	1 = Oui 2 = Non <input type="checkbox"/>	<i>Si non aller SAS.3</i>

SS.24	Si oui pensez-vous que votre stock actuel est suffisant pour couvrir les besoins alimentaires de votre ménage jusqu'aux récoltes de l'année prochaine ?	1 = Oui 2 = Non <input type="checkbox"/>
SS.25	Si Non à SS.24 Combien de mois pensez-vous que votre stock actuel vous permettra de couvrir ?	Nombre de mois <input type="text"/> MOIS

VIII. CONSOMMATION ALIMENTAIRE

Combien de jours les membres de votre ménage ont-ils consommé les produits alimentaires suivants et comment ces aliments ont-ils été acquis au cours des 7 derniers jours ? (*écrire 0 pour les produits non consommés*)

Produits alimentaires	1.1 Est-ce que vous avez consommé dans les dernières 24 heures ? (0=Non 1=Oui)	1.2 Nombre de JOURS de consommation durant les 7 derniers jours ? (0 à 7)	1.3. Source principale des aliments consommés (Voir les codes ci-dessous)
1. Céréales : Sorgho, Mil, Maïs, Blé, Riz, Pâtes alimentaires, et pain/galette, beignets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Racines, tubercules : Pomme de terre, Gari, Igname, Manioc, Autres tubercules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Légumineuse/noix : Niébé, Arachides, lentilles, et/ou autre noix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Légumes de couleur orange (légumes riches en Vitamine A) : Carotte, Poivron rouge,...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Légumes à feuilles vertes : Baobab, Yoddo, Mollohia, d'autres feuilles vert foncé, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Autres légumes : Oignon, Tomates, Concombre, Radis, Haricot vert, Petit pois etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Fruit de couleur orange (Fruits riches en Vitamine A) : Mangue, Papaye, Tangelot...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Autres Fruits : Ananas, Pomme, Citron, Mandarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Viande : chèvre, bœuf, poulet, chameaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Foie, rognon, cœur et/ou autres abats rouges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Poisson thon en boîte et autre fruits de mer,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Œufs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Lait et Autres produits laitiers : Lait frais/caillé, yaourt, lait en poudre (au moins un verre), fromage, autre produits laitiers <u>SAUF</u> margarine / beurre ou de petites quantités de lait pour le thé / café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Huile/gras/beurre : huile de cuisson, beurre, margarine, autres gras/huile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sucre ou produits sucré : miel, confiture, bonbons, biscuits, pâtisseries, gâteaux et autre produits sucré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Épices/Condiments : thé, café/cacao, sel, ail, soumbala, tigua tigué, épices, levure/poudre à pâte, tomate/sauce piquante, autres condiments y compris petite quantité de lait pour le thé/café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CODE des sources :			
01 Propre production pluviale 02 Propres productions Contre saison 03 Propres productions animales 04 Achats 05 Assistance alimentaire (transferts monétaires ou des bons d'achats) 06 Nourriture contre travail (FFA)		07 Dons/Zakat 08 Emprunt, (crédit de la boutique) 09 Chasse/cueillette/pêche 10 Travail contre nourriture (main d'œuvre) 11 Autre (à préciser)	

IX. DEPENSE DES MENAGES

		Avez-vous dépensé de l'argent pour les denrées alimentaires /services suivants pendant les 30 jours derniers (cash) ?		Au cours des 30 derniers jours , le ménage a-t-il consommé des biens provenant principalement de la source suivante :	
		1=Oui 2=Non	Si oui estimées en(Fcfa)	1 = propre production 2 = dons/aide alimentaire 3 =Crédit 4= pêche/chasse/collecte 5= Paiement pour travail 6=Non	Valeur estimée en(Fcfa)
DEP.1	Vivres				
DEP.2	Cérémonies				
DEP.3	Sant				
DEP.4	Education				
DEP.5	Dons				
DEP.6	Transport				
DEP.7	Remboursement de dettes				
DEP.8	Communication				
DEP.9	Condiments				
DEP.10	Autres dépenses				

X . NUTRITION ET MORBIDITE

NB : Dans les ménages bénéficiaires et non bénéficiaires, s'adresser aux MERES/GARDIENNES DES ENFANTS de 6 à 59 mois

NM.1	Nom de l'enfant
NM.2	Identifiant enfant			
NM.3	Date de naissance de l'enfant			
NM.4	Âge (en mois) de l'enfant			
NM.5	Sexe de l'enfant 1.→ M 2.→ F			
NM.6	Poids de l'enfant (en Kg)	,	,	,
NM.7	Taille de l'enfant (en cm)	,	,	,
NM.8	Présence d'œdème 1.→ Oui 2.→ Non			
NM.9	Est-ce que NOM a été pris en charge dans un programme de malnutrition ? 1.→ Oui 2.→ Non			
NM.10	Est-ce que NOM a été dépisté (prise de MUAC ou P/T) par les services de santé ? 1.→ Oui 2.→ Non			
NM.11	Si oui, est-ce NOM a reçu le coupon de référence ? 1.→ Oui 2.→ Non			5
NM.12	Si oui, est-ce que nom a été au centre de prise en charge ?			

	1.→ Oui 2.→ Non			
NM.13	Si non, pourquoi ? 1.→ Temps 2.→ Distance 3.→ Moyens 4.→ Non utile 5.→ Autre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NM.14	EST-CE QUE (NOM) A EU LA DIARRHÉE AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES? <i>La diarrhée est déterminée selon la perception de la maladie par la mère ou la gardienne ou trois selles liquides par jour, ou du sang dans les selles</i>	Oui.....1 Non 2→ NM15 NSP.....8 → NM15	Oui.....1 Non 2→ NM15 NSP.....8 → NM15	Oui.....1 Non 2→ NM15 NSP.....8 → NM15
NM.15	AVEZ-VOUS DEMANDE DES CONSEILS OU RECHERCHE UN TRAITEMENT POUR LA DIARRHÉE?	Oui.....1 Non 2→ NM15 NSP.....8 → NM15	Oui.....1 Non 2→ NM15 NSP.....8 → NM15	Oui.....1 Non 2→ NM15 NSP.....8 → NM15
NM.16	EST-CE QUE (NOM) A SOUFFERT DE LA FIEVRE, AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES?	Oui.....1 Non 2→ NM17 NSP.....8 → NM17	Oui.....1 Non 2→ NM17 NSP.....8 → NM17	Oui.....1 Non 2→ NM17 NSP.....8 → NM17
NM.17	AVEZ-VOUS DEMANDE DES CONSEILS OU RECHERCHE UN TRAITEMENT POUR LA FIEVRES?	Oui.....1 Non 2→ NM17 NSP.....8 → NM17	Oui.....1 Non 2→ NM17 NSP.....8 → NM17	Oui.....1 Non 2→ NM17 NSP.....8 → NM17
NM.18	EST-CE QUE (NOM) A SOUFFERT DE LA TOUX, AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES?	Oui.....1 Non 2→ FIN NSP.....8 → FIN	Oui.....1 Non 2→ FIN NSP.....8 → FIN	Oui.....1 Non 2→ FIN NSP.....8 → FIN
NM.19	AVEZ-VOUS DEMANDE DES CONSEILS OU RECHERCHE UN TRAITEMENT POUR LA TOUX?	Oui.....1 Non 2→ FIN NSP.....8 → FIN	Oui.....1 Non 2→ FIN NSP.....8 → FIN	Oui.....1 Non 2→ FIN NSP.....8 → FIN

XI. CONNAISSANCES ET PRATIQUES

CONNAISSANCE SUR LES PRATIQUES DE L'allaitement maternel et alimentation de jeunes enfants (s'adresser aux femmes allaitantes ou enceintes présentes dans le ménage)

CP0. Y – a –t-il une mère allaitante ou une femme enceinte présente dans votre ménage ? 1=Oui 2=Non Si non aller à ci-dessous CP7

CP1. Selon vous immédiatement après l'accouchement que doit-on donner au nouveau-né ?

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Eau | <input type="checkbox"/> Aliment solide ou semi-solide | <input type="checkbox"/> Eau sucrée ou jus |
| <input type="checkbox"/> SRO | <input type="checkbox"/> Le sein | <input type="checkbox"/> Décoction de feuilles ou de racines |
| <input type="checkbox"/> Préparation | <input type="checkbox"/> Lait | <input type="checkbox"/> Autres liquides |

CP2. Combien de temps après la naissance doit-on attendre avant de mettre le nouveau né au sein pour la première fois ?

- 1 = Première heure
2 = 1 heure à 8 heures
3 = 8 heures à 24 heures
4 = Plus de 24 heures
9 = Ne sais pas

CP3. Durant combien de temps doit-on allaiter un enfant ?

(en nombre de mois)

CP4. Recommanderiez-vous à une mère de donner du colostrum à son nouveau-né ?

1=Oui 2=Non

CP5. Quand doit-on commencer à donner à manger à un enfant autre chose que le lait maternel ?

CP6. Prévoyez-vous une alimentation spécifique en plus du lait maternel à un enfant à partir de six mois ?

1=Oui 2=Non

CONNAISSANCE SUR LE TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE (aux femmes ayant au moins un enfant ou en âge de procréation)

CP7.0	Y a-t-il une femme ayant un enfant de moins de 5 ans dans votre ménage?	1=Oui 2=Non <input type="checkbox"/> <i>Si non allez à CP12</i>
CP7.	Quand un enfant a la diarrhée, que faites-vous pour le traiter ?	<input type="checkbox"/> Rien <input type="checkbox"/> Décoction <input type="checkbox"/> ESS (Eau Salée Sucrée) <input type="checkbox"/> Solution à base de mil <input type="checkbox"/> Sachet SRO <input type="checkbox"/> Ruwan dawo <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> l'amener au Dispensaire <input type="checkbox"/> Médicaments (à préciser) <input type="checkbox"/> Autres (à préciser)
CP8.	Quand un enfant a la diarrhée, allez-vous continuer à lui donner le sein s'il est allaité	1=Oui 2=Non <input type="checkbox"/>
CP9.	Quand un enfant a la diarrhée, continuez-vous à lui donner à boire (quelque soit le liquide) ?	1=Oui 2=Non <input type="checkbox"/>
CP10.	Quand un enfant a la diarrhée, allez-vous continuer à lui donner à manger des aliments solides ?	1=Oui 2=Non <input type="checkbox"/>
CP11.	Quand l'avez-vous les mains aux savons ?	<input type="checkbox"/> Après défécation <input type="checkbox"/> Après avoir essuyé les enfants <input type="checkbox"/> Avant de faire la cuisine <input type="checkbox"/> Avant de manger <input type="checkbox"/> N'utilise pas le savon <input type="checkbox"/> Autre (à préciser).....

PRATIQUE DE L'ALIMENTATION DANS LES DERNIERES 24 Heures

Quels sont les types de liquides et d'aliments que vos enfants âgés de 0-24mois ont bu/mangé hier (le jour et la nuit). En tout, combien de fois hier pendant le jour ou la nuit votre enfant a bu/mangé chacun des liquides/aliments ci-dessous :	ENFANT No1	ENFANT No2	ENFANT No3
CP12. INSCRIRE L'IDENTIFIANT DE L'ENFANT CONTENU DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre de fois	Nombre de fois	Nombre de fois
Eau	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Eau sucrée ou eau glucosée	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Solution Sucre Sel Eau ou SRO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jus de fruit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Décoction	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lait maternel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lait en poudre ou en boite	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lait frais d'animal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Produits laitiers (yaourt, fromage, etc)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aliment pour bébé (commercialisé)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Farine de sevrage (commercialisée)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bouillie locale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unimix/CSB	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Boule	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Céréales (sorgho, riz, farine, maïs, Mil) ou pain	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Légumineuses (lentilles, haricots, niébé, pousses de soja, arachides)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Racines ou tubercules (pomme de terre, patate douce, manioc, igname, taro)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Légumes (haricots verts, carottes, avocats, tomates, sauce...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fruits (mangue, bananes, plantain, pommes, melon, papaye...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Viande ou volaille (poulet...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Poisson	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Œufs	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nourriture préparée avec de l'huile, de la graisse ou du beurre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nourriture sauvage (y compris feuilles)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>