

Etude #

Village/Groupe				Domicile				Enfant			

**GROUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT
QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE VERBALE/SOCIALE POUR
MN/NN**

INFORMATION GENERALE AUTOPSIE VERBALE/SOCIALE (POUR MN, NN & MORTALITE INFANTILE de 0—59 MOIS)

Section 1: Antécédents sur la personne décédée

Enquêteur : Avant d'aller sur le terrain pour faire l'interview, remplir cette section du dossier d'enquête ou de surveillance de la personne décédée

G1.1	Adresse du domicile <i>[Copier l'adresse du domicile]</i>	Région _____ Quartier _____ Bloc _____ Village _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Chemin pour arriver au domicile <i>Copier le chemin pour arriver au domicile]</i>		
	Dessiner une carte si nécessaire		
G1.2	Nom du défunt (si c'est connu) <i>[Copier le nom du défunt]</i>		
G1.3	Sexe de la personne décédée <i>[Copier le sexe de la personne décédée]</i>	1. Masculin 2. Féminin	<input type="checkbox"/>
G1.4	Date de naissance du défunt <i>[Copier le jour, mois et année de naissance de la personne décédée]</i>		/ / J J M M A A A A (Ne sait pas = 99/99/9999)
G1.5	Date du décès <i>[Copier le jour, mois et année du décès]</i>		/ / (Ne sait pas = 99/99/9999)
G1.6	Dernier âge connu de la personne décédée <i>[Copier le dernier âge connu du défunt: Noter les jours si le décès est de moins de 28 jours Si le décès est de moins de 24 heures, noter "00" jours; Noter les mois si le décès est de 26 jours à 11 mois. Noter l'année si le décès est d'un an ou plus Noter les mois si plus de 28 jours à 11 mois : noter les années si 1 an ou plus]</i>		_____ Jours: 1 ou plus → GQ1.7 (Ne sait pas = 99)
			_____ Mois → GQ1.7 (Ne sait pas = 99)
			_____ Années → GQ1.7 (Ne sait pas = 99)

Etude #

Village/Groupe				Domicile				Enfant			

**GROUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT
QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE VERBALE/SOCIALE POUR
MN/NN**

G1.6.1	S'agit-il d'un mort-né ou de mortalité néonatale? <i>[Copier l'information du registre]</i>	1. Mort-né 2. Mortalité néonatale 9. Non connu sur le registre	<input type="checkbox"/>																
G1.7	Nom de la mère <i>[Copier le nom de la mère]</i>																		
G1.8	Nom du père <i>[Copier le nom du père]</i>																		
Section 2: Antécédents sur l'interview																			
<i>Enquêteur: Avant et après interview, remplir cette section. Ces questions ne devraient pas être posées au répondant.</i>																			
G2.1	Langue de l'interview																		
G2.2	Nom et identité de l'enquêteur		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
G2.3	Dates des interviews tentées et réussies	DATE	RESULTAT DE L'INTERVIEW																
G2.3.1	Date de la première tentative d'interview	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">A</td> </tr> </table>									J	J	M	M	A	A	A	A	Résultat intérimaire: <input type="checkbox"/>
J	J	M	M	A	A	A	A												
G2.3.2	Date de la deuxième tentative d'interview	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">A</td> </tr> </table>									J	J	M	M	A	A	A	A	Résultat intérimaire: <input type="checkbox"/>
J	J	M	M	A	A	A	A												
G2.3.3	Date de la troisième tentative d'interview	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">A</td> </tr> </table>									J	J	M	M	A	A	A	A	Résultat intérimaire: <input type="checkbox"/>
J	J	M	M	A	A	A	A												
G2.4	Date à laquelle l'interview a commencée <i>[Egale à la date de la dernière tentative]</i>	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">A</td> </tr> </table>									J	J	M	M	A	A	A	A	
J	J	M	M	A	A	A	A												
G2.5	Heure à laquelle l'interview a commencée <i>[Noter les heures de 1 à 24 /les minutes de 1 à 60]</i>	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">R</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">M</td> </tr> </table>					H	R	M	M									
H	R	M	M																
G2.6	Date à laquelle l'interview a été complétée <i>[Egale à la date à laquelle l'interview a commencé ou a une date ultérieure]</i>	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">A</td> </tr> </table>									J	J	M	M	A	A	A	A	Résultat final: <input type="checkbox"/>
J	J	M	M	A	A	A	A												
G2.7	Heure à la fin de l'entrevue <i>[Noter les heures de 1 à 24 /les minutes de 1 à 60]</i>	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">R</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">M</td> </tr> </table>					H	R	M	M									
H	R	M	M																
Codes de résultats de l'interview:																			
1. Terminée (Code de résultat final) 2. Terminée en partie (Code de résultat final) 3. Répondant éligible a reporté l'interview 4. Aucun répondant au domicile au moment de la visite		5. Répondant éligible a refusé l'interview 6. Pas de répondant éligible dans la maison 7. Pas de membres de la famille dans la maison 8. Logement vacant/détruit/pas trouvé 9. En cours (Code de résultat intérimaire)																	

Etude #

Village/Groupe				Domicile				Enfant			

**GROUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT
QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE VERBALE/SOCIALE POUR
MN/NN**

G2.8	Date à laquelle le formulaire a été vérifié par le superviseur	_ _ / _ _ / _ _ _ _ J J M M A A A A	
G2.9	Date entrée dans l'ordinateur	_ _ / _ _ / _ _ _ _ J J M M A A A A	

L'INTERVIEW COMMENCE

Instructions à l'enquêteur: Présentez-vous et expliquez le but de votre visite. Demandez à parler à la mère ou à un autre adulte qui s'occupait principalement à donner des soins au défunt au cours de la maladie qui l'a conduit à la mort. Si cela n'est pas possible, fixer une heure pour revenir lorsque la personne sera à la maison. (Voir l'exemple ci-dessous.)

"Mon nom est [votre nom]. Je suis un enquêteur avec le projet _____. J'ai été informé qu'un enfant est mort dans votre famille. Je suis très désolé de l'apprendre et vous prie d'accepter mes condoléances. Aux fins d'améliorer les soins de santé, nous collectons des informations sur les récents décès d'enfants dans ce domaine. Je voudrais parler à la mère ou au principal soignant de <NOM DU DEFUNT> et poser quelques questions sur les événements et tous les symptômes que <NOM DU DEFUNT> avait durant sa maladie avant sa mort.

Section 3: Consentement

Enquêteur : Lisez le formulaire de consentement au répondant. Demandez-lui si il ou elle a des questions. Une fois que vous avez répondu aux questions, demandez au répondant si il ou elle est d'accord de prendre part à l'enquête.

G3.1	<i>Enquêteur: Est ce que le répondant a donné son consentement</i>	1. Oui 2. Non	<input type="checkbox"/> 2 → Remercier le répondant d'avoir pris le temps de faire part de l'enquête.
------	--	------------------	--

Section 4: Information sur le répondant

Lisez: Je voudrais vous poser des questions d'ordre général sur vous-même

G4.1	Quel est votre nom (le nom du répondant?)		
G4.2	<i>Enquêteur : De quel sexe est le répondant?</i>	1. Masculin 2. Féminin	<input type="checkbox"/>
G4.3	Quelle est votre relation par rapport à l'enfant décédé?	1. Mère 2. Père 3. Grand-mère 4. Grand-père 5. Tante 6. Oncle 7. Frère 8. Sœur 9. Accoucheur (spécifier quel genre)..... 10. Autre home (spécifier) 11. Autre femme (spécifier)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
G4.4	Quel âge avez-vous?		_ _ _ Ans (Ne sait pas = 99)
G4.5	Combien d'années d'études avez-vous complété?		_ _ _ Ans >6 ans (<1 = 00; NSP= 99) → GQ4.6
G4.5.1	Maintenant je voudrais que vous me lisiez cette phrase. (Montrez la carte au répondant) <i>Si elle ne peut pas lire toute la phrase, demandez-lui: Pouvez vous me lire une partie de la phrase?</i>	1. Ne peut pas lire du tout 2. Peut lire des parties de la phrase 3. Peut lire une phrase complète 4. Pas de carte disponible pour montrer à la mère	<input type="checkbox"/>

Etude #

Village/Groupe				Domicile				Enfant			

**GROUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT
QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE VERBALE/SOCIALE POUR
MN/NN**

Lisez: Je voudrais maintenant vous poser quelques questions au sujet de votre famille. Toutes les informations que vous me donnez seront confidentielles."

[Lisez "...le domicile de la famille « si vous ne faites pas l'interview au domicile ou le décès a été identifié]

G4.6	Combien de personnes vivent à cette adresse? <i>Lisez "...à cette adresse?"si vous parlez du " domicile de la famille."</i>	___ ___ Personnes (Ne sait pas = 99)																																																
G4.7	Combien de pièces y a-t-il dans la maison?	___ ___ pièces (Ne sait pas = 99)																																																
G4.8	Est ce qu'il y a une pièce séparée pour faire la cuisine dans la maison?	1. Oui 2. Non 9. Ne sais pas <input type="checkbox"/>																																																
G4.9	Dans la maison, y a t il : <i>Demandez ce qu'il y a dans la maison et cochez "oui", "Non" ou "Ne sait pas" pour chaque chose"</i>	<table border="0"> <thead> <tr> <th colspan="3"><u>Dans la maison, y a t il:</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. De l'électricité?</td> <td>Oui</td> <td>Non</td> </tr> <tr> <td>2. une radio?</td> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. une télévision?</td> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. un réfrigérateur?</td> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Une ligne fixe de téléphone?</td> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><u>Est ce qu'il y a:</u></td> </tr> <tr> <td>6. Un cellulaire?</td> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7. Un ordinateur?</td> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8. Une bicyclette?</td> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>9. Une voiture ou un camion?</td> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><u>Est ce que la famille a:</u></td> </tr> <tr> <td>10. L'eau courante à l'extérieur de la résidence?</td> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>11. Un puits (protégé ou non)?</td> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>12. Un vendeur d'eau, l'eau fournie par camion ou l'eau en bouteille?</td> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>13. Eau stagnante?</td> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	<u>Dans la maison, y a t il:</u>			1. De l'électricité?	Oui	Non	2. une radio?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. une télévision?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	4. un réfrigérateur?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	5. Une ligne fixe de téléphone?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	<u>Est ce qu'il y a:</u>			6. Un cellulaire?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	7. Un ordinateur?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	8. Une bicyclette?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. Une voiture ou un camion?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	<u>Est ce que la famille a:</u>			10. L'eau courante à l'extérieur de la résidence?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	11. Un puits (protégé ou non)?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	12. Un vendeur d'eau, l'eau fournie par camion ou l'eau en bouteille?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	13. Eau stagnante?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
<u>Dans la maison, y a t il:</u>																																																		
1. De l'électricité?	Oui	Non																																																
2. une radio?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																
3. une télévision?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																
4. un réfrigérateur?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																
5. Une ligne fixe de téléphone?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																
<u>Est ce qu'il y a:</u>																																																		
6. Un cellulaire?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																
7. Un ordinateur?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																
8. Une bicyclette?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																
9. Une voiture ou un camion?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																
<u>Est ce que la famille a:</u>																																																		
10. L'eau courante à l'extérieur de la résidence?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																
11. Un puits (protégé ou non)?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																
12. Un vendeur d'eau, l'eau fournie par camion ou l'eau en bouteille?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																
13. Eau stagnante?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>																																																
G4.10	Quel genre de toilette y a-t-il/utilisez vous dans la maison?	1. Toilette avec chasse d'eau 2. Latrine améliorée 3. Latrine traditionnelle 4. Brousse/champ/plage 5. Autre (<i>spécifier</i>)																																																
G4.11	Quelle source principale d'énergie vous ou la famille utilisez pour cuisiner?	1. Charbon 2. Bois 3. Kérosène 4. Electricité 5. Gaz 6. Bouse de vache 6. Autre (<i>spécifier</i>)																																																
G4.12	Quel est le matériau principal du sol de la maison	1. Naturel/boue 2. Ciment 3. Bois 4. Céramique 7. Autre (<i>spécifier</i>)																																																
Section 5: Information sur les autres personnes présentes durant l'interview																																																		
G5.7	<i>Enquêteur: Y a-t-il d'autres personnes présentes durant l'interview?</i>	1. Oui 2. Non <input type="checkbox"/> 2 → GQ5.9																																																
G5.8	<i>Enquêteur: En plus du répondant, combien de personnes sont présentes durant l'interview?</i>	___ ___ Autres personnes (Ne sait pas = 99)																																																

Etude #

Village/Groupe				Domicile				Enfant			

**GROUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT
QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE VERBALE/SOCIALE POUR
MN/NN**

G5.9 *Enquêteur: Cochez le répondant dans le tableau ci-dessous et si il / elle a été présent/e pendant la maladie de l'enfant et / ou la mort. Pour chaque personne présente lors de l'entrevue, demandez au répondant leur lien de parenté avec le défunt et s'ils étaient présents pendant la maladie de l'enfant et / ou à la mort. Pour les mort-nés et les décès néonataux, demander également si chaque personne (autre que la mère) était présente pendant la grossesse de la mère et l'accouchement.*

	Relation de la personne par rapport à l'enfant décédé	Cochez (X) Si présent lors de l'interview	Mort-nés et décès néonataux seulement		Décès néonataux et enfants plus âgés seulement	
			Présent pendant La grossesse: 1. Oui / 2. Non	Présent lors de l'accouchement: 1. Oui / 2. Non	Présent lors de la maladie de l'enfant: 1. Oui / 2. Non	Présent lors de la mort de l'enfant: 1. Oui / 2. Non
			.1	Mère	<input type="checkbox"/>	
.2	Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.3	Grand-mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.4	Grand-père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.5	Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.6	Oncle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.7	Frère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.8	Sœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.9	Accoucheur traditionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.10	Autre homme (spécifier): _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.11	Autre femme (spécifier) _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>