

**GROUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

Village/Groupe
Domicile
Enfant

AV Section 1: Antécédents (POUR MORTS-NES, DECES NEONATALS ET INFANTILES DE 0—59 MOIS)

V1.1	Est ce que le défunt était d'une naissance unique ou multiple? <i>[Si deux enfants ou plus sont nés en même temps, cela compte comme naissance multiple, même si un ou plus d'un des bébés sont mort-nés]</i>	1. Naissance unique 2. Naissance multiple 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 1 ou 9 → VQ1.3
V1.2	Est-ce que cette naissance était la première ou deuxième ou plus dans l'ordre de naissance?	1. Première naissance 2. Deuxième naissance 3. Troisième ou plus 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V1.3	Si la mère est présente, cochez "oui" et ne posez pas cette question. Est ce que la mère est vivante	1. Oui 2. Non	<input type="checkbox"/> 1 → VQ1.6
V1.4	Est ce que la mère est décédée pendant ou après l'accouchement?	1. Pendant 2. Après 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 1 ou 9 → VQ1.6
V1.5	Combien de temps après l'accouchement est morte la mère? <i>[Noter les jours si c'est moins de 28 jours - si moins de 24 heures, noter "00" jour; Noter les mois s'il y a 28 jours ou plus]</i>		____ ____ Jours (Ne sait pas = 99) ____ ____ Mois (Ne sait pas = 99)
V1.6	Ou était né le défunt?	1. Hôpital 2. Autre prestataire de santé ou centre sanitaire 3. En route vers un prestataire de santé ou centre sanitaire 4. Maison 5. Autre (spécifier)..... 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> _____ _____
V1.7	Au moment de l'accouchement, est ce que le défunt était: <i>[Lisez la question et lentement lisez les quatre premiers choix. Le répondant devrait entendre les quatre choix et ensuite répondre.]</i> <i>[Montrez les photos]</i>	1. Très petit 2. Plus petit que la normale 3. De taille moyenne 4. Plus grand que la normale 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V1.8	Quel était le poids du défunt lors de la naissance?		____ ____ ____ Grammes (Ne sait pas = 9999)
V1.9	De quel sexe était le défunt?	1. Masculin 2. Féminin 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V1.10	Quelle était la date de l'accouchement ? <i>Comparer la date de l'accouchement que le répondant vient d'indiquer à la date d'accouchement du registre précédent (GQ1.4). Discutez toute incompatibilité avec le répondant pour confirmer ou corriger la date d'accouchement indiquée. Vous ne pouvez pas changer la date du registre précédent</i>		____ / ____ / ____ J J M M A A A A ((Ne sait pas = 99/99/9999))
V1.11	Est ce que le bébé est né vivant ou mort?	1. Vivant 2. Mort 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>

**GRUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

Village/Groupe
Domicile
Enfant

V1.12	Est ce que le bébé a pleuré?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V1.13	Est-ce que le bébé a bougé ?	3. Oui 4. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V1.14	Est-ce que le bébé a respiré ?	5. Oui 6. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V1.15	<i>Vous référer à VQ1.11–1.14. Si "Mort" & pas de pleurs, mouvement, ou respiration, cochez "Mort-né." Si "Vivant" & VQ1.12–1.14 = "Non," ou si "Mort" et VQ1.12, 1.13 ou 1.14 = "Oui" discutez et corrigez.</i>	1. Mort-né 2. Naissance vivante	<input type="checkbox"/> 2 → VQ1.20

Mort-nés

V1.16	Y a-t-il des ecchymoses ou des traces de blessures sur le corps du bébé à la naissance?	7. Oui 8. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V1.17	Est-ce que le corps du bébé (peau et tissus) était pulpeux?	9. Oui 10. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V1.18	Est ce qu'il y avait une ou partie physique anormale du bébé au moment de la naissance? (par exemple, une partie de son corps était trop large ou trop petite, ou une croissance supplémentaire sur son corps)	11. Oui 12. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → SQ3.1
V1.19	Quelles étaient les anomalies? Poser les questions sur les anomalies suivantes [Cocher toutes les réponses – Montrer les photos]	1. Est-ce que la taille de la tête était très petite au moment de la naissance 2. Est-ce que la taille de la tête était très grande au moment de la naissance..... 3. Y avait-il une malformation comme une masse à l'arrière de la tête ou de la colonne vertébrale 4. Y avait il une autre anomalie (si "Oui," veuillez spécifier)	<u>Oui</u> <u>Non</u> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> _____

Inst_1: ARRETEZ. Après avoir complété VQ1.19 → SQ3.1 (Antécédents maternels)

Naissances vivantes

V1.20	Quel âge avait l'enfant au moment de sa maladie? [Noter les jours si moins de 28 jours—si moins de 24 heures, noter "00"jours; Noter les mois si plus de 28 jours à 11 mois; Noter les années s'il y a un an ou plus.]	____ ____ Jours (Ne sait pas = 99)
		____ ____ Mois (Ne sait pas = 99)
		____ ____ Ans (Ne sait pas = 99)

**GROUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

Village/Groupe
Domicile
Enfant

V1.21	Combien de temps a duré la maladie? <i>[Notez les jours si moins de 28 jours—si moins de 24 heures, notez "00"jours; Notez les mois si plus de 28 jours à 11 mois.]</i>	____ ____ Jours <i>(Ne sait pas = 99)</i> ____ ____ Mois <i>(Ne sait pas = 99)</i>
V1.22	Ou est mort le défunt? 1. Hôpital 2. Autre prestataire de santé ou centre sanitaire 3. En route vers un prestataire de santé ou un centre sanitaire 4. Maison 5. Autre (spécifier) 99. Ne sait pas	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-bottom: 10px;"></div> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 10px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black;"/>
V1.24	Quelle est la date du décès? <i>Comparer la date du décès que le répondant vient d'indiquer à la date du décès du registre précédent (GQ1.5). Discuter toute incompatibilité avec le répondant pour confirmer ou corriger la date indiquée. Vous ne pouvez pas changer la date du registre précédent</i>	____ / ____ / ____ J J M M A A A A <i>(Ne sait pas = 99/99/9999)</i>

**GRUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

Village/Groupe
Domicile
Enfant

V1.26	<p>Cocher l'âge du bébé au moment du décès.</p> <p><i>[Utiliser l'âge calculé (VQ1.24 – VQ1.10) si connu ou l'âge déclaré (VQ1.25). Si l'âge calculé et l'âge déclaré ne sont pas connus, faites de votre mieux pour cocher l'âge de l'enfant au moment du décès.]</i></p>	<p>1. Moins de 28 jours 2. 1-59 mois</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <p>2 → SQ5b.1</p>
-------	---	--	--

AS Module 3 et AV Section 2: Antécédents maternels (POUR MORTS NES ET DECES NN < 28 JOURS)

Lire: Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur (votre) santé/la santé (de la mère) et (votre) grossesse/la grossesse (de la mère) avec <NOM>.

Ici et dans les questions qui suivent, lire "...la mère...," "...elle..." si la mère n'est pas le répondant.

S3.1	<p>Avant votre grossesse avec <NOM>, est ce que (vous /la mère) aviez les maladies suivantes:</p> <p><i>[Lire toutes les options et cocher "Oui," "Non" ou "Ne sait pas" pour chacune des conditions.]</i></p> <p><i>Si "Oui," demander : Avez-(vous /a t-elle) reçu un soin pour cette maladie pendant la grossesse?</i></p>	<p>1. Hypertension artérielle..... 2. Maladie cardiaque 3. Diabète 4. Epilepsie/convulsion 5. Autre</p> <p align="center"><i>(spécifier si autre)</i></p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">Maladie</th> <th colspan="3">Traitement</th> </tr> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th>NSP</th> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Maladie			Traitement			Oui	Non	NSP	Oui	Non	NSP	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
Maladie			Traitement																																										
Oui	Non	NSP	Oui	Non	NSP																																								
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																								
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																								
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																								
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																								
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																								
S3.2	<p>Pendant la grossesse (vous/elle) avez/a vu quelqu'un pour des soins prénatals?</p>	<p>1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <p>2 ou 9 → SQ3.3</p>																																										
S3.2.1	<p>Qui avez (vous/ a t-elle) vu? Quelqu'un d'autre?</p> <p><i>[Sonder et enregistrer toute les personnes considérées.]</i></p>	<p>1. Prestataire de soins 2. AT/Guérisseur religieux 3. Parent/voisin/ami 4. Autre (spécifier) (.....) 9. Ne sait pas.....</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/></p> <p align="right">→ SQ3.3</p>																																										
S3.2.2	<p>Combien de fois (vous/la mère) avez reçu de soins prénatals d'un prestataire de santé pendant cette grossesse?</p>	<p>_____ Fois <i>(Ne sait pas = 99)</i></p>																																											
S3.2.3	<p>Pendant quel mois de grossesse (vous avez/la mère a) reçu pour la <u>dernière fois</u> des soins prénatals d'un prestataire de santé?</p>	<p>_____ Mois <i>(Ne sait pas = 99)</i></p>																																											
S3.2.4	<p>Pendant cette grossesse, est ce que le prestataire de santé a effectué les services suivants pour (vous/la mère) au moins une fois?</p> <p><i>[Lire toutes les options et cocher "Oui," "Non" ou "Ne Sait pas" pour chaque option.]</i></p> <p>ADAPTATION LOCALE: Aliments énergétiques et riches en protéines à mentionner si le répondant demande]</p>	<p>1. Est-ce que le prestataire a pris (votre/sa) tension artérielle?..... 2. (Avez-vous /a t elle) donné un échantillon d'urine? 3. (Avez-vous /a t elle) donné un échantillon de sang? 4. Est ce que le prestataire (vous/lui) a dit de manger plus d'aliments énergétiques et riches en protéines que lorsque vous n'étiez/elle n'était pas enceinte? 5. Est-ce que le prestataire (vous/lui) a parlé des signes de danger pendant la grossesse?..... 6. Est-ce que le prestataire (vous/lui) a dit ou aller si (vous/elle) avez des signes de danger?.....</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Oui	Non	NSP	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																					
Oui	Non	NSP																																											
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																											
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																											
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																											
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																											
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																											
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																											

**GROUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

--	--	--	--	--	--	--	--

 Village/Groupe

--	--	--	--	--

 Domicile

--	--	--

 Enfant

S3.3	<p>Dites moi s'il vous plait les signes de danger pendant la grossesse, le travail ou l'accouchement pour lesquels vous devez chercher des soins <u>immédiatement</u>.</p> <p><i>Sonder: Dites-moi autant de signes de danger que vous pouvez</i> <i>Sonder: Pouvez vous me dire d'autres?</i></p> <p><i>[Vérifier chaque signe de danger mentionné]</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saignements vaginaux 2. Convulsions/crise..... 3. Maux de tête sévères avec troubles de vision..... 4. Fièvre et trop faible pour se lever du lit.. 5. Douleur abdominale sévère 6. Respiration rapide ou difficile..... 7. Contractions douloureuses chaque 20 minutes ou moins pendant 12 heures ou plus 8. Rupture de la poche des eaux depuis 12 heures ou plus 9. Secrétions sanguinolentes, collantes depuis 12 hrs ou plus..... 10. Aucun signe de danger immédiat mentionné 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> <p align="right">→ _____ Mentionné</p>
S3.4	Pendant cette grossesse (avez-vous/la mère) reçu une piqûre dans le bras pour empêcher que le bébé ait le tétanos –ce sont des convulsions pendant la naissance-?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas 	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → SQ3.5
S3.4.1	Pendant cette grossesse, combien de fois (avez-vous/a-t-elle) reçu cette piqûre ?		____ Fois (Ne sait pas = 9)
S3.5	A tout moment avant cette grossesse (vous avez/la mère a) reçu une piqûre de tétanos, soit pour votre protection ou pour un autre bébé?	<ol style="list-style-type: none"> 3. Oui 4. Non 9. Ne sait pas 	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → SQ3.6
S3.5.1	Avant cette grossesse combien de fois (vous avez/ la mère a) reçu une piqûre de tétanos? <i>[Si 7 ou plus, enregistrer "7."]</i>		____ Fois (Ne sait pas = 9)
S3.6	<i>Sautez les sections SQ3.6-3.7.1 dans les régions sans paludisme</i> Pendant cette grossesse, (vous/la mère) avez dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui, d'habitude ou toujours 2. Oui, quelquefois 3. Jamais 9. Ne sait pas 	<input type="checkbox"/>
S3.7	Pendant cette grossesse, (vous avez/la mère a) pris des médicaments pour empêcher d'attraper le paludisme ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas 	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → VQ2.1
S3.7.1	Pendant cette grossesse, combien de fois (vous) avez/(elle) a pris ce médicament?		____ ____ Fois (Ne sait pas = 99)

**GRUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

Village/Groupe
Domicile
Enfant

V2.1	<p>Maintenant je voudrais vous demander si vous avez eu des problèmes durant la grossesse. Est-ce que la fin de la grossesse (définie comme les 3 derniers mois), le travail ou l'accouchement ont été compliqués par l'un des problèmes suivants, <u>avant</u> que le bébé soit né?</p> <p><i>[Lire chaque complication et cocher "Oui," "Non" ou "Ne sait pas" pour chacune.]</i></p> <p><i>[Lire "...la mère..." ou "...Est ce qu'elle..." si la mère n'est pas le répondant.]</i></p>	<p><u>Avez-vous/(la mère a) eu:</u></p> <p>1. Des convulsions?..... 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/></p> <p>2. Haute tension artérielle?..... 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/></p> <p>3. Anémie grave ou pâleur <u>et</u> manque de souffle (MDS)? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/></p> <p>4. Le diabète? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/></p> <p>5. Migraine prononcée? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/></p> <p>6. Vue brouillée? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/></p> <p><u>(Etiez vous / Etait elle):</u></p> <p>7. Trop faible pour quitter le lit? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/></p> <p><u>Avez-vous/la mère a eu:</u></p> <p>8. Douleurs abdominales prononcées? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/></p> <p>9. Manque de souffle ou souffle rapide?.... 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/></p> <p>10. Visage gonflé? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/></p> <p>11. <u>Saignement</u> vaginal avant le travail? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/></p> <p>12. Saignement excessif pendant le travail ou l'accouchement? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/></p> <p>13. De la fièvre?..... 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/></p> <p>14. Sécrétion vaginale malodorante? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/></p> <p><u>Est-ce que le:</u></p> <p>15. Bébé n'a pas été délivré par la tête en premier?..... 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/></p> <p>16. Cordon délivré en premier? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/></p> <p>17. Cordon autour du cou du bébé? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/></p> <p><u>Avez (vous / la mère a) eu:</u></p> <p>18. Toute autre complication? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/></p> <p><i>(spécifier l'autre complication).....</i></p>
V2.2*	<p>Avez (vous /la mère) eu un problème qui a commence <u>après</u> l'accouchement?</p> <p><i>[Lire chaque complication et cochez "Oui," "Non" ou "Ne sait pas" pour chacune.]</i></p> <p><i>[Lire "...la mère..." ou "...Est ce qu'elle..." si la mère n'est pas le répondant.]</i></p>	<p><u>Avez/(vous / la mère) eu:</u></p> <p>1. Des convulsions?..... 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/></p> <p>2. Des saignements abondants? 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/></p> <p>3. De la fièvre avec sécrétion vaginale malodorante ou douleur abdominale?... 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/></p>
V2.2	<p>Combien de mois a duré la grossesse?</p>	<p>___ ___ Mois ≠ 99 → VQ2.4 (Ne sait pas = 99)</p>
V2.3	<p>Est-ce que la grossesse s'est terminée tôt, à temps, tard?</p>	<p>1. Tôt 2. A temps 3. Tard 9. Ne sait pas</p> <p align="center"><input type="checkbox"/></p>
V2.4	<p>Est-ce que le bébé bougeait les derniers jours avant la naissance?</p>	<p>1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas</p> <p align="center"><input type="checkbox"/></p>
V2.5	<p>Quelle est la dernière fois que (vous/la mère) a senti le bébé bouger?</p> <p><i>[Lire "...la mère..." si la mère n'est pas le répondant.]</i></p> <p><i>[Enregistrer les heures si moins de 24 heures, enregistrer les jours si 1 jour ou plus]</i></p>	<p>___ ___ Heures avant la naissance (Ne sait pas = 99)</p> <p>___ ___ Jours avant la naissance (Ne sait pas = 99)</p>
V2.6	<p>Est-ce que la poche des eaux s'est rompue avant le travail ou pendant le travail?</p> <p><i>[Note: Le travail commence lorsque les contractions sont à moins de 20 minutes d'intervalle.]</i></p>	<p>1. Avant 2. Pendant 9. Ne sait pas</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> 2 ou 9 → VQ2.8</p>

**GRUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

Village/Groupe			Domicile			Enfant					

V2.7	Combien de temps avant que le travail commence est ce que la poche des eaux s'est rompue? <i>[Enregistrer "24" si 1 jour ou plus.]</i>	____ ____ Heures (Ne sait pas = 99)
V2.8	De quelle couleur était le liquide lorsque la poche des eaux s'est rompue? 1. Vert ou marron 2. Claire (normale) 3. Autre (spécifier) 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> _____
V2.9	Est-ce que le liquide était malodorant? 1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V2.10	Combien de temps a duré le travail et l'accouchement? <i>[Enregistrer "00" si moins d'1 heure.]</i>	____ ____ Heures (Ne sait pas = 99)
S3.8	Ou a eu lieu l'accouchement? 1. Hôpital 2. Autre prestataire ou centre de santé 3. En route vers un prestataire ou centre de santé 4. Maison 5. Autre (spécifier _____) 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 1-3 = Prestataire de soins 9 → SQ3.11
S3.9	Qui a décidé que c'était le meilleur endroit où accoucher le bébé? <i>[Enregistrer le principal preneur de décision.]</i> 1. La femme elle-même 2. Son mari 3. Sa mère 4. Sa belle-mère 5. Son beau-père 6. Autre (spécifier)..... 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> _____
S3.10	Si elle n'est <u>pas</u> allée chez un prestataire de santé ou un centre de santé (SQ3.8 = 4-5) pour l'accouchement, demandez: Est-ce que (vous avez/la mère a) des inquiétudes ou problèmes qui vous (l') empêchent d'aller chez un prestataire de santé ou dans un centre de santé pour l'accouchement? Si elle <u>est allée ou était en route</u> vers un prestataire ou un centre de santé (SQ3.8 = 1-3) pour l'accouchement, demander: Est-ce que (vous avez/la mère a) surmonté les inquiétudes ou problèmes pour aller chez le prestataire ou le centre de santé pour l'accouchement?	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → SQ3.11

**GROUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

Village/Groupe
Domicile
Enfant

S3.10 .1	<p>Quels inquiétudes ou problèmes avez (vous/a-t-elle)?</p> <p><i>Demander : Y a-t-il autre chose?</i></p> <p><i>[Réponses multiples permises.]</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ne pensait pas qu'elle était si malade pour avoir besoin de soins 2. Personne disponible pour aller avec elle 3. Prend trop de temps de son travail habituel 4. Quelqu'un d'autre devait décider (<i>spécifier</i>) 5. Trop loin 6. Pas de transport disponible 7. Cout (transport, soins de santé, autre) ... 8. Non satisfaite des soins de santé disponibles 9. Symptôme(s) nécessitent soins traditionnels 10. Pensait qu'elle était trop malade pour se déplacer 11. Pensait qu'elle/le bébé va mourir malgré les soins 12. Tard le soir (transport ou prestataire non disponible) 13. Peur d'être exposée à un prestataire de sexe masculin 14. Autre (<i>spécifier</i>) 99. Ne sait pas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> _____ 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13. <input type="checkbox"/> 14. <input type="checkbox"/> _____ 99. <input type="checkbox"/>
S3.11	<p>Qui (dans le centre de santé) a accouché le bébé?</p> <p><i>[Lire "au centre de santé..." si elle a accouché dans un centre de santé.]</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Docteur 2. Infirmière/sage-femme 3. Famille/voisin 4. Elle même (la mère) 5. Accoucheuse traditionnelle 6. Autre (<i>spécifier</i>) 9. Ne sait pas 	<input type="checkbox"/>
S3.12	<p>Combien de temps après que le travail ait commencé est ce que <L'ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE> a aidé la mère?</p> <p><i>[Indiquer que le travail commence par des contractions douloureuses toutes les 20 minutes ou moins.]</i></p> <p><i>[Cocher jours &/ou heures si nécessaire : soit. 00 jour, 06 heures]</i></p>	<p>____ Jours (Ne sait pas = 99)</p>	<p>____ Heures (Ne sait pas = 99)</p>
S3.13	<p>Est-ce que l'accoucheuse traditionnelle a utilisé un graphique illustré pour suivre les progrès de (votre travail/ de la mère)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas 	<input type="checkbox"/>
S3.14	<p>Est-ce que l'accoucheuse traditionnelle s'est lavée les mains avec du savon et de l'eau et a mis des gants chirurgicaux avant d'aider à l'accouchement?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui, elle s'est lavée les mains avec du savon et de l'eau 2. Oui elle a mis des gants chirurgicaux 3. Non 9. Ne sait pas 	<input type="checkbox"/>
S3.15	<p>Sur quelle surface avez (vous/la mère) accouché?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lit de travail 2. Plancher avec mackintosh/couverture 3. Plancher lavé 4. Plancher souillé 5. Terre/sol/boue/paille 6. Autre (<i>spécifier</i>) 9. Ne sait pas 	<input type="checkbox"/>
V2.17	<p>Est-ce que l'accouchement était...?</p> <p><i>[Lire les options et cocher UNE.]</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vaginal avec forceps 2. Vaginal sans forceps 3. Vaginal (ne sait pas) 4. Césarienne 9. Ne sait pas 	<input type="checkbox"/>

**GRUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

Village/Groupe			Domicile			Enfant					

S4.3	<p>Si plus d'un symptôme a commencé avant le travail et elle a cherché des soins auprès d'un prestataire de soins (SQ4.2.1 = 1-4), demandez: Pour quels symptômes qui a (ont) commencé(s) <u>avant</u> le travail avez (vous/a-t-elle) cherché à vous/se faire soigner par un prestataire ou dans un centre de santé</p>	<p>1. Convulsions <input type="checkbox"/></p> <p>2. Haute pression artérielle <input type="checkbox"/></p> <p>3. Anémie grave ou (pale et MDS)..... <input type="checkbox"/></p> <p>4. Diabètes <input type="checkbox"/></p> <p>5. Migraine prononcée <input type="checkbox"/></p> <p>6. Vision trouble <input type="checkbox"/></p> <p>7. Trop faible pour se lever du lit..... <input type="checkbox"/></p> <p>8. Douleur abdominale prononcée (pas de douleur de travail) <input type="checkbox"/></p> <p>9. Respiration rapide ou difficile..... <input type="checkbox"/></p>	<p>10. Visage gonflé <input type="checkbox"/></p> <p>11. <u>Saignement</u> avant le début du travail..... <input type="checkbox"/></p> <p>12. – vierge –</p> <p>13. Fièvre..... <input type="checkbox"/></p> <p>14. Sécrétion vaginale malodorante ... <input type="checkbox"/></p> <p>15. – vierge –</p> <p>16. Poche d'eau rompue ≥ 6 hrs avant le travail <input type="checkbox"/></p> <p>17. – vierge –</p> <p>18. Autre (<i>spécifier au SQ4.1</i>) <input type="checkbox"/></p>
S4.4	<p>Si elle <u>n'est jamais</u> allée chez un prestataire de soins (SQ4.2 = 2 ou SQ4.2.1 \neq 1-4) pour l'un des symptômes de la grossesse, demander: Avez (vous / la mère a t-elle) des préoccupations ou des problèmes qui vous a/l'a empêchée d'aller chez un prestataire de santé ou un centre de santé pour les symptôme(s) qui ont commencé <u>avant</u> le travail?</p> <p><i>Si elle est allée chez le prestataire de santé (SQ4.2.1 = 1-4) pour tout(s) symptôme(s) de grossesse (s), poser la question: Avez (vous / la mère a t-elle) eu à surmonter des préoccupations ou des problèmes pour aller à chez un prestataire de santé ou un centre de santé pour les symptôme(s) qui ont commencé <u>avant</u> le travail?</i></p>	<p>1. Oui</p> <p>2. Non</p> <p>9. Ne sait pas</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 or 9 \rightarrow Inst_1</p>
S4.4.1	<p>Quels inquiétudes ou problèmes aviez (vous/avait elle)?</p> <p><i>Demander: Y avait-il autre chose?</i></p> <p><i>[Réponses multiples permises.]</i></p>	<p>1. Ne pensait pas être si malade pour avoir besoin de soins de santé <input type="checkbox"/></p> <p>2. Personne disponible pour aller avec elle .</p> <p>3. Trop de temps hors de ses fonctions régulières..... <input type="checkbox"/></p> <p>4. Quelqu'un d'autre (préciser) devait décider..... <input type="checkbox"/></p> <p>5. Trop loin pour se déplacer <input type="checkbox"/></p> <p>6. Pas de transport disponible <input type="checkbox"/></p> <p>7. Coût (transport, soins de santé, autres)... <input type="checkbox"/></p> <p>8. Non satisfaite des soins de santé disponibles..... <input type="checkbox"/></p> <p>9. Symptôme (s) nécessite(nt) soins traditionnels <input type="checkbox"/></p> <p>10. Pensais qu'elle était trop malade pour se déplacer <input type="checkbox"/></p> <p>11. Pensait qu'elle /le bébé va mourir malgré les soins..... <input type="checkbox"/></p> <p>12. Craintes de s'exposer devant un prestataire de santé de sexe masculin <input type="checkbox"/></p> <p>13. Autre (préciser) <input type="checkbox"/></p> <p>99. Ne sait pas..... <input type="checkbox"/></p>	<p>1. <input type="checkbox"/></p> <p>2. <input type="checkbox"/></p> <p>3. <input type="checkbox"/></p> <p>4. <input type="checkbox"/></p> <p>5. <input type="checkbox"/></p> <p>6. <input type="checkbox"/></p> <p>7. <input type="checkbox"/></p> <p>8. <input type="checkbox"/></p> <p>9. <input type="checkbox"/></p> <p>10. <input type="checkbox"/></p> <p>11. <input type="checkbox"/></p> <p>12. <input type="checkbox"/></p> <p>13. <input type="checkbox"/></p> <p>99. <input type="checkbox"/></p>
<p>Inst_1: If SQ4.2 = 2 or SQ4.2.1 \neq 1-4 (<u>Jamais</u> allée chez un prestataire de santé pour les symptômes de grossesse) \rightarrow Inst_2</p>			
S4.5	<p>Est-ce qu'un prestataire de santé ou centre de santé (vous a/l'a) référée à un autre prestataire ou centre de santé pour un/des symptôme(s) qui ont commencé <u>avant</u> le travail?</p>	<p>1. Oui</p> <p>2. Non</p> <p>9. Ne sait pas</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 ou 9 \rightarrow SQ4.6</p>

**GRUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--

Village/Groupe Domicile Enfant

S4.5. 1	Etes (vous/est-elle) allée chez le prestataire ou le centre de santé dans lequel (vous/elle) avez (a) été référée?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
S4.6	Combien de prestataires de santé ou de centres de santé avez (vous/a t-elle) vu pour <LES SYMPTOMES DE GROSSESSE> qui ont commencé <u>avant</u> le travail?		____ ____ Prestataires /centres de santé (Ne sait pas = 99)
S4.7	(Vous étiez / la mère était) admise à l'hôpital pour (un des) symptôme (s) qui a commencé <u>avant</u> le travail?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
S4.8	<p>Veillez me dire tout ce que le prestataire a conseillé que (vous/la mère) fassiez (fasse) pour les symptômes de grossesse à la maison?</p> <p><i>Demander: Y a-t-il autre chose?</i></p> <p><i>[Réponses multiples permises.]</i></p>	1. Prendre des antibiotiques par voie orale . 2. Prendre des antipaludiques par voie orale..... 3. Prendre des médicaments de PA par la bouche 4. Prenez d'autres médicaments par la bouche..... 5. Repos/rester au lit /travailler moins..... 6. Revenir pour une visite de suivi 7. Revenir si référée ou si la situation empire..... 8. Autre (préciser) 9. Rien 99. Ne sait pas.....	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> → Inst_2 99. <input type="checkbox"/> → Inst_2
S4.9	Avez (vous/la mère a-t-elle) pu suivre <u>tous</u> ces conseils?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 9 → Inst_2
S4.10	<p><i>Si n'a pu suivre <u>tous</u> ces conseils, demandez : Avez (vous/la mère a-t-elle) des inquiétudes ou problèmes qui vous (l') empêche de suivre ces conseils?</i></p> <p><i>Si en mesure de suivre <u>tous</u> les conseils, demander: Avez (vous / a t-elle) eu à surmonter des préoccupations ou des problèmes pour suivre les conseils?</i></p>	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 2 or 9 → Inst_2
S4.10 .1	<p>Quels problèmes ou inquiétudes vous/la mère) avez?</p> <p><i>Demander: Y a-t-il autre chose?</i></p> <p><i>[Réponses multiples permises.]</i></p>	1. N'a pas compris les instructions 2. Trop de temps de ses fonctions régulières 3. Quelqu'un d'autre (préciser) a décidé 4. Coûte trop cher 5. Problème et besoin de soins traditionnels 6. Soins conseillés ne sont pas nécessaire ou utile 7. Soins conseillés pourrait nuire à l'enfant qui va naître 8. Pense qu'elle / le bébé va mourir malgré les soins..... 9. Autre (préciser) 99. Ne sait pas.....	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 99. <input type="checkbox"/>
Inst_2: Se référer à SQ4.1: Si pas de symptômes de travail ou d'accouchement → Inst_8			

**GRUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

Village/Groupe

Domicile

Enfant

S4.11	<p>Maintenant, nous allons parler des symptômes de l'accouchement. Vous avez dit que les symptômes ont commencé avec ou pendant le travail ou l'accouchement étaient <SYMPTOMES>.</p> <p><i>[Lire et marquer les symptômes SQ4.1 confirmés par le répondant. Corriger les réponses SQ4.1 si nécessaire.]</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Convulsions <input type="checkbox"/> 2. Haute pression artérielle <input type="checkbox"/> 3. Anémie prononcée ou (pale et MDS)..... <input type="checkbox"/> 4. – vierge – 5. Migraine prononcée <input type="checkbox"/> 6. Vision trouble <input type="checkbox"/> 7. Trop faible pour se lever du lit..... <input type="checkbox"/> 8. Douleur abdominale grave (pas de douleur de travail) <input type="checkbox"/> 9. Respiration rapide ou difficile..... <input type="checkbox"/> 	<ol style="list-style-type: none"> 10. Visage gonflé <input type="checkbox"/> 11. Saignement pendant le travail <input type="checkbox"/> 12. Saignement excessif pendant travail et accouchement..... <input type="checkbox"/> 13. Fièvre..... <input type="checkbox"/> 14. Secrétions vaginales malodorantes <input type="checkbox"/> 15. Travail prématuré (<9 mois)..... <input type="checkbox"/> 16. Poche des eaux rompue ≥6 hrs avant travail <input type="checkbox"/> 17. Travail pendant 12 h ou plus..... <input type="checkbox"/> 18. Autre (spécifier au SQ4.1) <input type="checkbox"/>
S4.12	<p>Ou étiez (vous/était la mère) lorsque ce symptôme a commencé?</p> <p><i>Lire "...le premier..." si elle avait plus d'un symptôme de travail et d'accouchement.]</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Maison 2. En chemin vers le prestataire ou le centre de santé 3. Chez le prestataire ou le centre de santé ou elle s'est rendue pour un accouchement normal 4. Autre (spécifier) 9. Ne sait pas 	<p><input type="checkbox"/> 3 → SQ4.17</p> <hr/>
S4.13	<p>Avez (vous/a –elle) <u>reçu, demandé ou essayé de demander</u> un soin ou traitement pour l'un des symptômes de travail ou d'accouchement?</p> <p><i>[Lire "...l'un des symptômes" si elle en avait plus.]</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas 	<p><input type="checkbox"/> 2 ou 9 → SQ4.17</p>
S4.13.1	<p>Quelle est la première chose que (vous/elle) avez/a fait pour le(s) symptôme(s)?</p> <p><i>[Cocher <u>seulement</u> la <u>première</u> action prise.]</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soins à la maison (chez elle, ou par un parent, un voisin ou une amie) A <u>cherché ou essayé d'obtenir des soins</u> à: 2. Hôpital 3. ONG ou clinique gouvernementale 4. Docteur privé/clinique 5. Infirmière communautaire ou sage-femme 6. Pharmacien ou vendeur de médicaments 7. AT/docteur du village /guérisseur/autre prestataire formel ou traditionnel 8. Autre (spécifier)..... 99. Ne sait pas 	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99 → SQ4.16</p> <hr/>
S4.14	<p>Qui a décidé que c'était la meilleure chose à faire à ce moment?</p> <p><i>[Une seule réponse permise. Enregistrer le preneur de décision principal.]</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La femme elle même 2. Son mari 3. Sa mère 4. Sa belle- mère 5. Son beau- père 6. Autre (spécifier)..... 9. Ne sait pas 	<p><input type="checkbox"/></p> <hr/>
S4.15	<p>Si elle n'est <u>pas</u> allée chez un prestataire de soins (SQ4.13.1 = 1 ou 6-8), demander: Avez (vous/la mère avait elle) des inquiétudes ou soucis qui (vous/l'ont) empêchée d'aller chez un prestataire de soins à ce moment?</p> <p>Si elle <u>est allée</u> chez un prestataire de soins (SQ4.13.1 = 2-5), demander: Avez (vous/la mère) avait elle des inquiétudes ou soucis à surmonter avant d'aller chez <PRESTATAIRE DE SOINS> à ce moment?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas 	<p><input type="checkbox"/> 2 ou 9 → Inst_3</p>

**GRUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--

Village/Groupe
Domicile
Enfant

S4.19	Y avait-il un/des symptôme(s) spécifique(s) pour lequel/lesquels (vous/la mère) êtes (est) allée chez le premier prestataire de soins? <i>[Lire "...le premier prestataire de soins?" si elle est allée chez plus d'un prestataire de soins.]</i>	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → SQ4.21
S4.20	Pour quel(s) symptôme(s) êtes (vous/elle) allé?	1. Convulsions <input type="checkbox"/> 2. Haute pression artérielle 3. Anémie prononcée ou (pale et MDS).. <input type="checkbox"/> 4- vierge - 5. Migraine prononcée <input type="checkbox"/> 6. Vision trouble <input type="checkbox"/> 7. Trop faible pour se lever du lit..... <input type="checkbox"/> 8. Douleur abdominale grave (pas de douleur de travail) <input type="checkbox"/> 9. Respiration rapide ou difficile..... <input type="checkbox"/>	10. Visage gonflé <input type="checkbox"/> 11. Saignement pendant le travail <input type="checkbox"/> 12. Saignement excessif pendant travail et accouchement <input type="checkbox"/> 13. Fièvre..... <input type="checkbox"/> 14. Secrétions vaginales malodorantes <input type="checkbox"/> 15. Travail prématuré (<9 mois)..... <input type="checkbox"/> 16. Poche des eaux rompue ≥6 hrs avant travail <input type="checkbox"/> 17. Travail pendant 12 h ou plus..... <input type="checkbox"/> 18. Autre (spécifier au SQ4.1) <input type="checkbox"/>
S4.21	Combien de temps après que le (s) symptôme(s) ait(ent) commencé(s), a-t-il été décidé d'aller chez le (premier) prestataire de soins? <i>[Lire "...chez le premier..." si elle est allée ou a essayé d'aller chez plus d'un prestataire de soins.]</i> <i>[Si SQ4.19 = "Non," alors cette question est pour se renseigner sur le (s) symptôme(s) qu'elle a eu.]</i> <i>[Cocher les jours, heures &/ou minutes tel que nécessaire, soit. 00 jour, 02 heures, 10 minutes]</i>	_____ Jours (Ne sait pas = 99)	_____ Heures (Ne sait pas = 99)
		_____ Minutes (Ne sait pas = 99)	

Matrice d'instruction pour le Travail et l'accouchement: Demander les questions suivantes pour le premier et dernier prestataire de soins chez qui elle a essayé d'obtenir des soins pour les symptômes de travail et d'accouchement. Si elle a accouché dans un centre de santé/avec un prestataire ou à la maison ou en route vers un prestataire ou centre de santé, c'est le premier prestataire (si elle est seulement allée chez un prestataire) ou le dernier prestataire. Poser toutes les questions pour le premier prestataire avant d'arriver au dernier.

Avant de poser des questions sur le premier prestataire, lire:

Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur votre visite chez le (premier) prestataire de soins. *[Lire "Premier" si est allée ou a essayé d'aller chez plus d'un prestataire.]*

Avant de poser des questions sur le dernier prestataire de soins, lire:

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur votre visite chez le dernier prestataire.

- MATRICE DES QUESTIONS SUR LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT-		PREMIER PRESTATAIRE	DERNIER PRESTATAIRE
Comment s'appelle le (premier/dernier) prestataire de soins ou centre ou (vous/la mère) a cherché des soins pour les symptômes de travail ou accouchement/accoucher le bébé)? <i>Sonder pour identifier le type de prestataire.</i>	1. Hôpital (Gouvernement) 2. Hôpital (ONG) 3. Hôpital (Privé) 4. Centre de santé (Gouvernement) 5. Centre de santé (ONG) 6. Poste sanitaire (Gouvernement) 7. Poste sanitaire (ONG) 8. Docteur privé/clinique (Formel) 9. Docteur privé/clinique (Informel) 10. Docteur privé/clinique (non défini) 99. Ne sait pas	S4.22 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ (Nom du prestataire/centre)	S4.32 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ (Nom du prestataire/centre)

**GRUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--

Village/Groupe Domicile Enfant

<p>Une fois que vous avez (décidé de chercher des soins/être référée) combien de temps a passé avant d'aller chez le <PREMIER/DERNIER PRESTATAIRE DE SOINS>?</p> <p><i>[Discuter que cela peut inclure le temps nécessaire pour obtenir un transport, et de l'argent pour aller chez le prestataire/le centre de santé, ou d'obtenir des soins à domicile, ou aller chez un prestataire traditionnel avant d'aller chez le prestataire de santé.]</i></p> <p><i>Si elle a accouché à la maison, enregistrer le temps depuis la décision/à la référence/à l'accouchement]</i></p> <p><i>[Marquer les jours, heures &/ou minutes si nécessaire soit. 00 jours, 02 heures, 10 minutes]</i></p>	<p>S4.23</p> <p align="center">____ Jours (NSP = 99)</p>	<p>S4.33</p> <p align="center">____ Jours (NSP = 99)</p>	
	<p align="center">____ Heures (NSP = 99)</p>	<p align="center">____ Heures (NSP = 99)</p>	
	<p align="center">____ Minutes (NSP = 99)</p>	<p align="center">____ Minutes (NSP = 99)</p>	
<p>Est-ce que ça coûtait de se déplacer chez le <PREMIER /DERNIER PRESTATAIRE DE SANTE> ou pour (vos soins/les soins de la mère) là bas?</p>	<p>1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas</p>	<p>S4.24</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> 2 ou 9 → SQ4.25</p>	<p>S4.34</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> 2 ou 9 → SQ4.35</p>
<p>Comment (avez-vous/la mère) a obtenu l'argent pour ces dépenses? <i>[Réponses multiples autorisées.]</i></p>	<p>1. Avait l'argent 2. Emprunté 3. Vendu des biens 4. Aide de la famille 5. Fond communautaire 6. Fonds du gouvernement 7. Autre 9. Ne sait pas.....</p>	<p>S4.24.1</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/></p>	<p>S4.34.1</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/></p>
<p>Quelle méthode de transport a été utilisée pour y aller? <i>[Réponses multiples autorisées.]</i></p>	<p>1. Marche..... 2. Pousse pousse/charrette, barque . 3. Bus..... 4. Taxi/auto/marche 5. Ambulance..... 6. Autre 7. N'a pas obtenu de transport..... 9. Ne sait pas.....</p>	<p>S4.25</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Si marche seulement 2. <input type="checkbox"/> → SQ4.26.1 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> → SQ4.26.1 9. <input type="checkbox"/></p>	<p>S4.35</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Si marche seulement 2. <input type="checkbox"/> → SQ4.36.1 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> → SQ4.36.1 9. <input type="checkbox"/></p>
<p>Combien coûtait le transport?</p>	<p align="center">____ unité (NSP = 9999)</p>	<p align="center">____ unité (NSP = 9999)</p>	
<p>Avez-(vous / la mère a-t-elle) joint le <PREMIER/DERNIER PRESTATAIRE DE SANTE> avant d'accoucher? <i>[Si "Non," discuter avec le répondant pour avoir une réponse correcte: 2, 3 ou 4.]</i></p>	<p>1. Oui avant l'accouchement 2. Non, accouché avant de partir 3. Non, accouché en route vers le prestataire 4. Non, n'a pas pu atteindre le prestataire– est retournée à la maison/a pris une autre action 9. Ne sait pas</p>	<p>S4.26.1</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> 2, 3 or 9 → Inst_8 4 → Inst_7</p>	<p>S4.36.1</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> 2-9 → Inst_8</p>
<p>Combien de temps a-t-il fallu pour arriver au <PREMIER/DERNIER PRESTATAIRE DE SANTE>? <i>[Marquer les heures &/ou les minutes si nécessaire: soit 05 heures, 30 minutes]</i></p>	<p align="center">____ Heures (NSP = 99)</p>	<p align="center">____ Heures (NSP = 99)</p>	
	<p align="center">____ Minutes (NSP = 99)</p>	<p align="center">____ Minutes (NSP = 99)</p>	

**GROUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--

Village/Groupe
Domicile
Enfant

<p>Qu'est ce que le < PREMIER/DERNIER PRESTATAIRE DE SANTE> a fait pour (vos) (symptômes de travail ou d'accouchement /accouchement)/ (les symptômes de travail ou d'accouchement/accouchement) (de la mère)?</p> <p><i>Demander : Y avait-il autre chose?</i></p> <p><i>[Réponses multiples autorisées.]</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. A donné de l'oxygène au bébé 2. A donné des antibiotiques par la bouche 3. A donné antipaludique par la bouche 4. A donné PA par la bouche..... 5. Autre médicament par la bouche (<i>spécifier</i>) 6. A donné des médicaments pour arrêter le saignement 7. A donné des médicaments pour arrêter les convulsions 8. A donné des médicaments pour renforcer le travail 9. A donné des médicaments pour arrêter le travail 10. A donné des médicaments pour les poumons du bébé..... 11. A donné une injection IM 12. A donné des liquides intraveineux ou des médicaments 13. Transfusion de sang 14. Conseillé d'acheter des médicaments en dehors..... 15. Massage utérin 16. Fait une césarienne 17. Fait une autre opération (<i>spécifier</i>) 18. Admis à l'hôpital..... 19. Autre (<i>spécifier</i>) 20. Rien 99. Ne sait pas..... 	<p>S4.28</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> _____ 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13. <input type="checkbox"/> 14. <input type="checkbox"/> 15. <input type="checkbox"/> 16. <input type="checkbox"/> 17. <input type="checkbox"/> _____ 18. <input type="checkbox"/> resté ___ jours 19. <input type="checkbox"/> _____ 20. <input type="checkbox"/> → SQ4.30 99. <input type="checkbox"/> → SQ4.30 	<p>S4.38</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> _____ 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13. <input type="checkbox"/> 14. <input type="checkbox"/> 15. <input type="checkbox"/> 16. <input type="checkbox"/> 17. <input type="checkbox"/> _____ 18. <input type="checkbox"/> resté ___ jours 19. <input type="checkbox"/> _____ 20. <input type="checkbox"/> → SQ4.40 99. <input type="checkbox"/> → SQ4.40
<p>Combien (avez-vous/la mère) payé pour ces soins et pour les autres couts liés aux soins de santé, y compris frais d'admission, consultation, examens de laboratoires, matériel, et chambres et aliments pour les accompagnants?</p>	<p>S4.29</p> <p>_____ unité (NSP = 99999)</p>	<p>S4.39</p> <p>_____ unité (NSP = 99999)</p>	
<p>Est-ce que le < PREMIER/DERNIER PRESTATAIRE DE SANTE > (vous) a référé/ (la mère) à un autre prestataire ou centre de santé?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas 	<p>S4.30</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ou 9 → SQ4.30.2</p>	<p>4.40</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ou 9 → SQ4.40.2</p>
<p>Pourquoi (avez-vous/la mère) été référée?</p> <p><i>[Réponses multiples autorisées.]</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le prestataire n'a pas pu traiter le problème 2. Avait besoin de matériel (médicaments, IV, oxygène, sang) non disponible..... 3. Nécessitait de l'équipement (ultrason) non disponible..... 4. Nécessitait centre de santé (salle d'opération) non disponible 9. Ne sait pas..... 	<p>S4.30.1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 	<p>S4.40.1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/>
<p>Est ce que le bébé a été accouché chez le <PREMIER/DERNIER PRESTATAIRE DE SANTE >?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas 	<p>S4.30.2</p> <p><input type="checkbox"/> 1 → Inst_8</p>	<p>S4.40.2</p> <p><input type="checkbox"/> 1 → Inst_8</p>
<p>Inst_6: Vérifier SQ4.18 pour déterminer si elle est allée chez un autre prestataire de sante</p>			

**GRUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--

Village/Groupe Domicile Enfant

<p><i>Si n'est pas allée chez un autre prestataire, demander: Avez (vous/la mère) des soucis ou problèmes qui (vous) empêchent (la mère) d'aller chez un autre prestataire?</i></p> <p><i>Si est allée chez un autre prestataire, demander: Avez (vous/la mère) surmonté tous soucis ou problèmes pour aller chez un autre prestataire?</i></p>	<p>1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas</p>	<p>S4.31</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ou 9 → Inst_7</p>	<p>S4.41</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ou 9 → Inst_8</p>
<p>Quels soucis ou problèmes aviez (vous/la mère avait)?</p> <p><i>Demandez: Y avait-il autre chose?</i></p> <p><i>[Réponses multiples autorisées.]</i></p>	<p>1. Pensait que plus de soins n'étaient pas nécessaires..... 1. <input type="checkbox"/></p> <p>2. Personne avec qui aller 2. <input type="checkbox"/></p> <p>3. Prend trop de temps de son travail habituel 3. <input type="checkbox"/></p> <p>4. Quelqu'un d'autre a décidé (spécifier) 4. <input type="checkbox"/></p> <p>5. Trop loin 5. <input type="checkbox"/></p> <p>6. Pas de transport disponible 6. <input type="checkbox"/></p> <p>7. Cout (transport, soins de santé, autre) 7. <input type="checkbox"/></p> <p>8. Pas satisfait des soins disponibles 8. <input type="checkbox"/></p> <p>9. Problème a requis des soins traditionnels..... 9. <input type="checkbox"/></p> <p>10. Pensait qu'elle était trop malade pour se déplacer 10. <input type="checkbox"/></p> <p>11. Pensait qu'elle/le bébé mourrait de toute façon 11. <input type="checkbox"/></p> <p>12. Trop tard le soir 12. <input type="checkbox"/></p> <p>13. Accouché avant de partir..... 13. <input type="checkbox"/> → Inst_8</p> <p>14. Autre (spécifier) 14. <input type="checkbox"/> _____</p> <p>99. Ne sait pas..... 99. <input type="checkbox"/></p>	<p>S4.31.1</p>	<p>S4.41.1</p>
Inst_7: Vérifiez SQ4.18 → Si est allée chez un autre prestataire		...aller à SQ4.32 (DERNIER PRESTATAIRE)	
Inst_8: STOP – Si VQ1.15 = 1 (Mort né) → VQ5.4 (Section 5: Dossier de santé)			
AS Module 5a: Soins du nouveau né; et AV Section 3: Décès des nouveaux nés (POUR DECES NN <28 JOURS)			
S5a.1	Quel instrument était utilisé pour couper le cordon ombilical?	<p>1. Neuf/kit d'accouchement/lame de rasoir bouillie</p> <p>2. Vielle lame de rasoir</p> <p>3. Ciseaux</p> <p>4. Autre (spécifier).....</p> <p>9. Ne sait pas</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>
S5a.2	Quel matériel était utilisé pour la ligature du cordon?	<p>1. Propre/kit d'accouchement/morceau de fil bouilli</p> <p>2. Fil souillée</p> <p>3. Cordon de serrage</p> <p>4. Autre (spécifier).....</p> <p>9. Ne sait pas</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>
S5a.3	Est-ce qu'on a appliqué quelque chose sur le moignon du cordon ombilical après la naissance?	<p>1. Oui</p> <p>2. Non</p> <p>9. Ne sait pas</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 ou 9 → VQ3.1</p>

**GROUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

Village/Groupe
Domicile
Enfant

S5a.3 .1	Qu'est ce que c'était?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alcool/autre antiseptique 2. Onguent antibiotique, crème, poudre 3. Huile de moutarde ou de ghee 4. Excréments d'animaux ou de la saleté / boue 5. Autre (préciser)..... 9. Ne sait pas 	<input type="checkbox"/>										
V3.1	Y avait-il des ecchymoses ou des signes de blessures sur le corps du bébé à la naissance?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas 	<input type="checkbox"/>										
V3.2	Y avait-il une partie du corps du bébé physiquement anormale au moment de l'accouchement ? (par exemple, une partie du corps trop large ou trop petite, croissance supplémentaire sur le corps)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas 	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → VQ3.4										
V3.3	Y avait-il des anomalies? <i>Demandez à propos des anomalies suivantes: [Cochez ce qui est applicable – montrez des photos]</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Est ce que la taille de la tête était très petite au moment de la naissance..... 2. Est ce que la taille de la tête était très grande au moment de la naissance..... 3. Est ce qu'il y avait un défaut de masse à l'arrière de la tête ou de la colonne vertébrale 4. Y avait-il une autre anomalie..... <p align="center"><i>(Si "Oui, "alors spécifier).....</i></p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"><u>Oui</u></td> <td style="text-align: center;"><u>Non</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
<u>Oui</u>	<u>Non</u>												
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>												
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>												
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>												
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>												
V3.4	Est-ce que le bébé a respiré immédiatement après la naissance?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas 	<input type="checkbox"/> 2 → VQ3.6										
V3.5	Est-ce que le bébé avait des difficultés à respirer?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas 	<input type="checkbox"/>										
V3.6	Est-ce que quelque chose a été fait pour aider le bébé à respirer à la naissance?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas 	<input type="checkbox"/>										
V3.7	Est-ce que le bébé a pleuré immédiatement après la naissance?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas 	<input type="checkbox"/> 1 → VQ3.9										
V3.8	Combien de temps après la naissance est ce que le bébé a poussé son premier cri? <i>[Cocher UNE réponse]</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dans les 5 minutes 2. Entre 6-30 minutes 3. Plus que 30 minutes 4. Jamais 9. Ne sait pas 	<input type="checkbox"/> 4 → SQ5a.4										
V3.9	Est-ce que le bébé a cessé de pouvoir pleurer?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas 	<input type="checkbox"/> 2 or 9 → SQ5a.4										
V3.10	Combien de temps avant que le bébé meurt a-t-il arrêté de pleurer?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Moins d'un jour 2. Un jour ou plus 9. Ne sait pas 	<input type="checkbox"/>										
S5a.4	Combien de temps après la naissance a t-on lavé le bébé?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Moins d'une heure 2. 1-23 heures 3. 24-72 heures (1-3 jours) 4. Plus de 72 heures (3 jours) 5. Pas lavé 9. Ne sait pas 	<input type="checkbox"/>										
S5a.5	Est-ce qu'on a fait quelque chose pour garder le bébé au chaud le premier jour après la naissance	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas 	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → SQ5a.6										

**GRUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

Village/Groupe
Domicile
Enfant

S5a.5 .1	Qu'est ce qui a été fait? <i>[Réponses multiples autorisées.]</i> Pour chaque réponse mentionnée demander : Combien de temps après la naissance est ce que cela était fait?	1. Séché..... 2. Enveloppé dans une couverture..... 3. Contact peau à peau..... 4. Incubateur..... 5. Autre..... (spécifier autre).....	Fait 1. <input type="checkbox"/> ... 2. <input type="checkbox"/> ... 3. <input type="checkbox"/> ... 4. <input type="checkbox"/> ... 5. <input type="checkbox"/> ...	Combien de temps après la naissance <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th><1hr</th> <th><6</th> <th>6-24</th> <th>>24</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>3. <input type="checkbox"/></td> <td>4. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>3. <input type="checkbox"/></td> <td>4. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>3. <input type="checkbox"/></td> <td>4. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>3. <input type="checkbox"/></td> <td>4. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	<1hr	<6	6-24	>24	NSP	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
<1hr	<6	6-24	>24	NSP																									
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																									
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																									
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																									
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																									
S5a.6	Avez (vous / la mère) ou une nourrice jamais allaité le bébé?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → SQ5a.7																										
S5a.6 .1	Combien de temps après la naissance est ce que le bébé a été mis au sein ? <i>[Si immédiatement ou moins d'une heure, enregistrer '00' heures.]</i> <i>[Si moins de 24 heures, enregistrer les heures, autrement enregistrer les jours.]</i>	_____ Jours (Ne sait pas = 99) <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">OU</div> _____ Heures (Ne sait pas = 99)																											
S5a.6 .2	Est-ce que le bébé était allaité au moment ou la maladie mortelle a commencée?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>																										
S5a.7	Au moment de la maladie mortelle, est ce qu'on a donné d'autres liquides au bébé, y compris du lait non-humain, ou une formule, jus de fruit, thé ou eau, ou autre aliment semi-solide ou de la nourriture molle comme des céréales? <i>[Réponses multiples autorisées. Demander et enregistrer tous liquides et aliments donnés.]</i>	1. Le lait non-humain ou une formule pré-mélangée..... 2. Les préparations en poudre mélangées à un liquide..... 3. Jus, eau et / ou des boissons à base d'eau..... 4. SRO..... 5. Gouttes ou des sirops (vitamines, médicaments)..... 6. Semi-solides ou des aliments mous..... 7. Rien d'autre, donnés uniquement du lait maternel..... 9. Ne sait pas.....	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/>																										
V3.11	Est-ce que le bébé pouvait téter de façon normale pendant le premier jour de sa vie?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 1 → VQ3.13																										
V3.12	Est-ce que le bébé a jamais tété de façon normale?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → VQ3.17																										
V3.13	Est-ce que le bébé a arrêté de pouvoir téter de façon normale?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → VQ3.17																										
V3.14	Combien de temps après la naissance le bébé a arrêté de téter au sein ? <i>Moins de 24 heures = "00"jours]</i>	_____ Jours (Ne sait pas = 99)																											
V3.15	Combien de temps avant sa mort est ce que le bébé a arrêté de téter?	1. Moins d'un jour 2. Un jour ou plus 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>																										
V3.16	Est-ce que le bébé pouvait ouvrir sa bouche au moment ou il/elle a arrêté(e) de téter?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>																										
V3.17	Pendant la maladie qui a mené au décès, est ce que le bébé avait des difficultés à respirer?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → VQ3.20																										

**GROUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

Village/Groupe
Domicile
Enfant

V3.18	A quel âge la difficulté de respirer a commencé? <i>[Moins de 24 heures = "00" jours]</i>		
		___ __ Jours <i>(Ne sait pas = 99)</i>	
V3.19	Pour combien de jours les difficultés à respirer ont duré? <i>[Moins de 24 heures = "00" jours]</i>		
		___ __ Jours <i>(Ne sait pas = 99)</i>	
V3.20	Pendant la maladie qui a mené au décès, est ce que le bébé respirait rapidement?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 2 or 9 → VQ3.23
V3.21	A quel âge la respiration rapide a commencé? <i>[Moins de 24 heures = "00" jours]</i>		
		___ __ Jours <i>(Ne sait pas = 99)</i>	
V3.22	Pendant combien de jours la respiration rapide a duré? <i>[Moins de 24 heures = "00" jours]</i>		
		___ __ Jours <i>(Ne sait pas = 99)</i>	
V3.23	Pendant la maladie qui a mené au décès, est ce que le bébé avait un tirage intercostal? <i>[Montrer la photo]</i>	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V3.24	Pendant la maladie qui a mené au décès, est ce que le bébé grognait? <i>[Démontrer le grognement]</i>	3. Oui 4. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V3.25	Pendant la maladie qui a mené au décès, est ce que le bébé avait des spasmes ou des convulsions?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V3.26	Pendant la maladie qui a mené au décès, est ce que le bébé avait de la fièvre?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → VQ3.29
V3.27	A quel âge a commencé la fièvre? <i>[Moins de 24 heures = "00" jours]</i>		
		___ __ Jours <i>(Ne sait pas = 99)</i>	
V3.28	Combien de jours a duré la fièvre? <i>[Moins de 24 heures = "00" jours]</i>		
		___ __ Jours <i>(Ne sait pas = 99)</i>	
V3.29	Pendant la maladie qui a mené au décès, est ce que le bébé était froid au toucher?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → VQ3.32
V3.30	Quand le bébé a commencé à être froid au toucher? <i>[Moins de 24 heures = "00" jours]</i>		
		___ __ Jours <i>(Ne sait pas = 99)</i>	
V3.31	Pendant combien de jours le bébé était froid au toucher? <i>[Moins de 24 heures = "00" jours]</i>		
		___ __ Jours <i>(Ne sait pas = 99)</i>	
V3.32	Pendant la maladie qui a mené au décès est ce que le bébé est devenu léthargique, après une période d'activité normale?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V3.33	Pendant la maladie qui a mené au décès est ce que le bébé est devenu passif ou inconscient?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V3.34	Pendant la maladie qui a mené au décès est ce que le bébé avait une fontanelle protubérante? <i>[Montrer la photo]</i>	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>

**GRUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

Village/Groupe			Domicile			Enfant					

V3.35	Pendant la maladie qui a mené au décès est ce que le bébé avait un écoulement de pus du moignon du cordon ombilical ?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V3.36	Pendant la maladie qui a mené au décès est ce que le moignon du cordon ombilical était rouge?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → VQ3.38
V3.37	Est-ce que la rougeur du moignon du cordon ombilical s'étendait sur l'abdomen?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V3.38	Pendant la maladie qui a mené au décès est ce que le bébé avait des protubérances de la peau avec du pus, ou une seule large zone de pus?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V3.39	Pendant la maladie qui a mené au décès est ce que le bébé avait un/des ulcère(s) /des creux dans la peau ?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V3.40	Pendant la maladie qui a mené au décès est ce que le bébé avait des rougeurs ou des gonflements ?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V3.41	Pendant la maladie qui a mené au décès est ce que des endroits de la peau du bébé sont devenus noirs?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V3.42	Pendant la maladie qui a mené au décès est ce que le bébé saignait ?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → VQ3.44
V3.43	Enregistrez ou le bébé saignait:		
V3.44	Pendant la maladie qui a mené au décès, est ce que le bébé avait des selles plus souvent molles ou liquides que d'habitude?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → VQ3.46
V3.45	Combien de selles a fait le bébé le jour ou la diarrhée/les selles molles et liquides étaient plus fréquentes?		___ Selles (Ne sait pas = 99)
V3.46	Pendant la maladie qui a mené au décès est ce que le bébé vomissait?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V3.47	Pendant la maladie qui a mené au décès, est ce qu'il/elle avait la peau jaunâtre?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V3.48	Pendant la maladie qui a mené au décès est ce que le bébé avait le blanc des yeux jaunes?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V3.49	Est-ce que le bébé semblait être en bonne santé et puis est mort soudainement?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
S5a.8	Vérifier SQ3.8 pour déterminer si le bébé était né dans un centre sanitaire (codes 1-2):	1. Oui né dans un centre de santé 2. Pas né dans un centre de santé 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → SQ5a.10
S5a.8.1	Est-ce que on a sorti le bébé du centre de santé en vie ou est-il/elle décédé(e) dans le centre?	1. Oui, sorti vivant 2. Mort dans le centre de santé 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → SQ6.1

**GRUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

Village/Groupe
Domicile
Enfant

S5a.8 .2	Combien de temps après sa naissance a-t-on sorti le bébé du centre sanitaire? <i>[Marquer les heures si moins d' 1 jour. Marquer les jours si 1 jour ou plus.]</i>	____ Jours <i>(Ne sait pas = 99)</i> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 5px auto; text-align: center;">OU</div> ____ Heures <i>(Ne sait pas = 99)</i>																																																	
S5a.8 .3	Est-ce que l'enfant été examiné par un agent de santé avant de quitter l'hôpital/le centre de santé?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>																																																	
S5a.9	Avez (vous/est ce que la mère) a reçu du counseling par un agent de santé avant de quitter l'hôpital/le centre de santé?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 2 ou 9 → SQ5a.10																																																	
S5a.9 .1	Quel counseling avez (vous/ la mère) reçu? <i>[Réponses multiples permises].</i> Demander: Autre chose?	1. Allaitement..... 2. Immunisation 3. Soins post natals 4. Signes de danger des maladies des nouveaux nés 5. Autre (spécifier) 9. Ne sait pas	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/>																																																
S5a.1 0	Est ce que le bébé a été examiné par un agent de santé ou une infirmière à la maison ou dans la communauté, ou par un docteur ou une infirmière dans un centre de santé <u>avant</u> que la maladie mortelle n'ait débuté? <i>[Réponses multiples permises.]</i> Pour chaque personne/centre mentionné demander: Combien de fois le bébé a été examiné par un <TYPE DE PRESTATAIRE - LIEU>avant le début de la maladie mortelle? Puis demander: Quand est ce que le bébé a été examiné par (ce/ou tout autre prestataire(s))?	1. ASC (Agent de santé communautaire ou infirmière à la maison ou dans la communauté)..... 2. Docteur ou infirmière dans un centre de santé 3. Jamais examiné 9. Ne sait pas	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Examiné</th> <th style="width: 20%;">Fois</th> <th style="width: 60%;">Première visite</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 1. <input type="checkbox"/> ... 2. <input type="checkbox"/> ... 3. <input type="checkbox"/> ... 9. <input type="checkbox"/> </td> <td style="vertical-align: top;"> ____ ____ ____ ____ </td> <td style="vertical-align: top;"> _____ Age du bébé (jours): (<1 = 00; NSP = 99) </td> </tr> </tbody> </table>	Examiné	Fois	Première visite	1. <input type="checkbox"/> ... 2. <input type="checkbox"/> ... 3. <input type="checkbox"/> ... 9. <input type="checkbox"/> ____ ____ ____ ____	_____ Age du bébé (jours): (<1 = 00; NSP = 99)																																										
Examiné	Fois	Première visite																																																	
1. <input type="checkbox"/> ... 2. <input type="checkbox"/> ... 3. <input type="checkbox"/> ... 9. <input type="checkbox"/> ____ ____ ____ ____	_____ Age du bébé (jours): (<1 = 00; NSP = 99)																																																	
A	Avant le début de la maladie mortelle, est ce que <NOM> a souffert des conditions connues suivantes: <i>[Lire à voix haute toutes les conditions et cocher "Oui," "Non" ou "Ne sait pas" pour chacune des conditions.]</i> Si "Oui," demander: Est ce que le bébé a reçu un soin pour cette condition?	1. Prématuré..... a. A t-on donné une alimentation spéciale? b. Est ce que le bébé a eu les "Soins kangourou"? 2. Malformation (à la naissance): a. Tête, cou et/ou dos..... b. Bouche/palais..... c. Cœur..... d. Bras et/ou jambes 3. Autre..... (spécifier autre).....	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">Souffre de</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">Traitement</th> </tr> <tr> <th style="width: 10%;">Oui</th> <th style="width: 10%;">Non</th> <th style="width: 10%;">NSP</th> <th style="width: 10%;">Oui</th> <th style="width: 10%;">Non</th> <th style="width: 10%;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Souffre de			Traitement			Oui	Non	NSP	Oui	Non	NSP	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
Souffre de			Traitement																																																
Oui	Non	NSP	Oui	Non	NSP																																														
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																														
.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																														
.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																														
.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																														
.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																														
.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																														

Inst_1: ARRETER – SI VQ1.26 = 1 (Décès néonatal- SQ6.1

AS Module 5b: Soins préventifs des nouveaux nés (POUR DECES D'ENFANTS DE 28 A 59 MOIS)

Lire: Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur les soins donnés à l'enfant avant que la maladie mortelle ne commence.

**GRUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--

Village/Groupe Domicile Enfant

S5b.1	Ou faites (vous/la mère fait elle) la cuisine?	1. Dans la maison 2. En dehors de la maison 3. Dans une construction en dehors de la maison	<input type="checkbox"/>																					
S5b.2	Quand (vous /la mère) faisiez la cuisine, est ce que <NOM> était d'habitude à coté de ou porté par (vous/la mère)?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>																					
S5b.3	<i>Sauter SQ5b.3 dans les régions sans paludisme.</i> Avant que sa maladie mortelle commence, est ce que <NOM> dormait sous une moustiquaire imprégné d'insecticide?	1. Oui, d'habitude ou toujours 2. Oui, quelquefois 3. Jamais 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>																					
S5b.4	Avez (vous/la mère) ou une nourrice a t-elle allaité <NOM>?	3. Oui 4. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → SQ5b.5																					
S5b.4 .1	Est ce que <NOM> était allaité au moment ou sa maladie mortelle a commencé?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 1 ou 9 → SQ5b.5																					
S5b.4 .2	Quel âge avait <NOM> la dernière fois qu'elle/qu'il a eu le sein?		____ Mois (<1 = 00; DK = 99)																					
S5b.5	Au moment ou la maladie mortelle a commencé, est ce que <NOM> recevait d'autres liquides, y compris du lait non-humain ou une formule, du jus de fruit, du thé ou de l'eau, ou tout aliment solide, mi-solide ou aliment mou? <i>[Réponses multiples permises]</i> <i>[Demander et enregistrer tous liquides et aliments donnés.]</i>	1. Lait non-humain ou formule pré-mélangés 2. Préparations en poudre mélangé à un liquide..... 3. Jus, eau et / ou des boissons à base d'eau 4. SRO 5. Gouttes ou des sirops (vitamines, médicaments) 6. Solides, mi-solides ou des aliments mous 7. Rien d'autre, donné uniquement du lait maternel 9. Ne sait pas	1. <input type="checkbox"/> } 2. <input type="checkbox"/> } 3. <input type="checkbox"/> } → SQ5b.6 4. <input type="checkbox"/> } 5. <input type="checkbox"/> } 6. <input type="checkbox"/> } 7. <input type="checkbox"/> } 9. <input type="checkbox"/> } → SQ5b.6																					
S5b.5 .1	La plupart du temps <u>avant</u> que la maladie ne commence, <u>combien</u> de fois avez vous donné à <NOM> des aliments solides, mi solides, ou aliments mous autres que des liquides pendant le jour ou la nuit?		____ Fois (Ne sait pas = 99)																					
S5b.5 .1	On most days before the illness began, how many times did <NAME> eat solid, semisolid, or soft foods other than liquids during the day or night? NOTE: THIS IS SAME AS ABOVE		____ Fois (Ne sait pas = 99)																					
S5b.5 .2	Quel type d'aliments est ce que <NOM> mangeait <u>chaque</u> jour? <i>[Lire toutes les options et cocher "Oui," "Non" ou "Ne sait pas" pour chaque option.]</i>	1. Céréales, racines et tubercules..... 2. Légumes et noix..... 3. Produits laitiers (lait, yogourt, fromage)... 4. Aliments (viande, poisson, volaille, organes)..... 5. Oeufs 6. Fruits et légumes riches en vitamine A ... 7. Autres fruits et légumes	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"><u>Oui</u></td> <td style="text-align: center;"><u>Non</u></td> <td style="text-align: center;"><u>NSP</u></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>NSP</u>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>NSP</u>																						
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																						
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																						
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																						
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																						
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																						
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																						
S5b.6	Est-ce que <NOM> buvait des liquides ou semi solides d'un biberon avec un mamelon ou une tétine?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>																					

**GRUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

Village/Groupe
Domicile
Enfant

.6	Combien de fois?																																																																																																			
		____ Fois (Ne sait pas = 99)																																																																																																		
.7	Un vaccin contre la rougeole ou ROR, c'est une piqûre dans le bras à l'âge de 9 mois pour prévenir la rougeole?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas <input type="checkbox"/>																																																																																																		
.8	Un vaccin contre l'hépatite B, qui est une piqûre dans la cuisse droite, parfois donné en même temps que le DTP?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas <input type="checkbox"/> 2 ou 9 → SQ5b.9																																																																																																		
.9	Combien de fois un vaccin contre l'hépatite B a été reçu?	____ Fois (Ne sait pas = 99)																																																																																																		
S5b.9	Est-ce que les vaccinations que <NOM> a reçues ont été données dans le cadre d'une campagne nationale d'immunisation?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas <input type="checkbox"/> 2 ou 9 → SQ5b.10																																																																																																		
S5b.9 .1	Lors de quelle journée nationale de vaccination est ce <NOM> a reçu des vaccinations? <i>[Enregistrer les campagnes mentionnées]</i>	1. <CAMPAGNE 1> (TYPE/DATE) 1. <input type="checkbox"/> 2. <CAMPAGNE 1> (TYPE/DATE)..... 2. <input type="checkbox"/> 3. <CAMPAGNE 1> (TYPE/DATE) 3. <input type="checkbox"/> 4. <CAMPAGNE 1> (TYPE/DATE) 4. <input type="checkbox"/>																																																																																																		
S5b.10	Dans les (six mois/AGE de <NOM>) avant la maladie mortelle, est ce que <NOM> a reçu une ou plusieurs doses de vitamine A comme ceci? <i>[Lire la question avec l'âge de l'enfant si il/elle a vécu moins que 6 mois.]</i> <i>[Montrer l'ampoule/capsule/sirop]</i>	1. Oui, 1 dose 2. Oui, 2 doses ou plus 3. Non 9. Ne sait pas <input type="checkbox"/>																																																																																																		
S5b.11	Avant le début de la maladie mortelle, est ce que <NOM> a souffert de ces conditions connues: <i>[Lire toutes les conditions et cocher "Oui," "Non" ou "Ne sait pas" pour chaque condition.]</i> <i>Si "Oui," demander: Est ce qu'il/elle a reçu un soin pour cette condition?</i>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td align="center" colspan="3">A souffert de</td> <td align="center" colspan="3">Traitement</td> </tr> <tr> <td></td> <td align="center">Oui</td> <td align="center">Non</td> <td align="center">NSP</td> <td align="center">Oui</td> <td align="center">Non</td> <td align="center">NSP</td> </tr> <tr> <td>1. Poids faible et petit (malnutrition).....</td> <td align="center">1. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">2. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">9. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">1. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">2. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Malformation (à la naissance):</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> a. Tête, cou et/ou dos</td> <td align="center">1. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">2. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">9. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">1. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">2. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> b. Bouche/palais</td> <td align="center">1. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">2. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">9. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">1. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">2. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> c. Cœur.....</td> <td align="center">1. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">2. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">9. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">1. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">2. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> d. Bras et/ou jambes</td> <td align="center">1. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">2. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">9. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">1. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">2. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Asthme</td> <td align="center">1. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">2. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">9. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">1. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">2. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Maladie de cœur</td> <td align="center">1. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">2. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">9. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">1. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">2. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Tuberculose</td> <td align="center">1. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">2. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">9. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">1. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">2. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6. Epilepsie/convulsion.....</td> <td align="center">1. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">2. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">9. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">1. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">2. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7. VIH/SIDA.....</td> <td align="center">1. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">2. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">9. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">1. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">2. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8. Autre</td> <td align="center">1. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">2. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">9. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">1. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">2. <input type="checkbox"/></td> <td align="center">9. <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p align="center">(spécifier autre)</p>		A souffert de			Traitement				Oui	Non	NSP	Oui	Non	NSP	1. Poids faible et petit (malnutrition).....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	2. Malformation (à la naissance):							a. Tête, cou et/ou dos	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	b. Bouche/palais	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	c. Cœur.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	d. Bras et/ou jambes	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	3. Asthme	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	4. Maladie de cœur	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	5. Tuberculose	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	6. Epilepsie/convulsion.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	7. VIH/SIDA.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. Autre	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
	A souffert de			Traitement																																																																																																
	Oui	Non	NSP	Oui	Non	NSP																																																																																														
1. Poids faible et petit (malnutrition).....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																														
2. Malformation (à la naissance):																																																																																																				
a. Tête, cou et/ou dos	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																														
b. Bouche/palais	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																														
c. Cœur.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																														
d. Bras et/ou jambes	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																														
3. Asthme	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																														
4. Maladie de cœur	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																														
5. Tuberculose	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																														
6. Epilepsie/convulsion.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																														
7. VIH/SIDA.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																														
8. Autre	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																														

AV Section 4: Décès de nouveau né et d'enfant (POUR DECES D'ENFANTS DE 28 JOURS A 59 MOIS)

Lire: Je voudrais vous poser des questions sur la maladie de <NOM>.

V4.1	Pendant la maladie qui a mené au décès, est ce que <NOM> avait de la fièvre?	
		<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → VQ4.6
V4.2	Combien de jours a duré la fièvre? <i>[Moins de 24 heures = "00" jours]</i>	____ Jours (Ne sait pas = 99)
V4.3	Est ce que la fièvre a continué jusqu'au décès?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas <input type="checkbox"/> 2 ou 9 → VQ4.6

**GROUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

Village/Groupe
Domicile
Enfant

V4.4	Quel genre de fièvre?	1. Légère 2. Modérée 3. Forte 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V4.5	Quelle était la tendance de la fièvre?	1. Continue 2. Venait et partait 3. Seulement le soir 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V4.6	Au cours de la maladie qui a mené au décès, est ce que <NOM> avait plus de selles molles ou liquides que d'habitude?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → VQ4.12
V4.7	Combien de selles <NOM> a eu le jour ou les selles liquides étaient les plus fréquentes?		___ Selles (Ne sait pas = 99)
V4.8	Combien de jours avant le décès est ce que les selles molles ou liquides ont commencé? [Moins de 24 heures = "00" jours]		___ Jours (Ne sait pas = 99)
V4.9	Est ce que les selles liquides fréquentes ont continué jusqu'au décès?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 1 ou 9 → VQ4.11
V4.10	Combien de jours avant le décès est ce que les selles molles ou liquides se sont arrêtées? [Moins de 24 heures = "00" jours]		___ Jours (Ne sait pas = 99)
V4.11	Y avait-il du sang visible dans les selles molles ou liquides?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V4.12	Au cours de la maladie qui a conduit à la mort, est ce que l'enfant toussait?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → VQ4.16
V4.13	Combien de jours a duré la toux? [Moins de 24 heures = "00" jours]		___ Jours (Ne sait pas = 99)
V4.14	Est ce que la toux était prononcée?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V4.15	Est ce que l'enfant vomissait après avoir toussé?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V4.16	Au cours de la maladie qui a conduit à la mort est ce que <NOM> avait des difficultés à respirer?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → VQ4.18
V4.17	Combien de jours a duré la difficulté à respirer? [Moins de 24 heures = "00" jours]		___ Jours (Ne sait pas = 99)
V4.18	Au cours de la maladie qui a conduit à la mort est ce que <NOM> avait une respiration rapide?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → VQ4.20
V4.19	Combien de jours a duré la respiration rapide? [Moins de 24 heures = "00" jours]		___ Jours (Ne sait pas = 99)
V4.20	Au cours de la maladie qui a conduit à la mort a-t-il/elle eu un tirage intercostal?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>

**GROUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

Village/Groupe
Domicile
Enfant

V4.21	Au cours de la maladie qui a conduit à la mort est ce que sa respiration était comme cela? <i>[Démontrer chaque son]</i>		
V4.22	Strident	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V4.23	Grognement	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V4.24	Sifflant	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V4.25	Est ce que <NOM> a eu des convulsions ou des crises généralisées au cours de la maladie qui a conduit à la mort?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V4.26	Est ce que <NOM> était inconscient lors de la maladie qui a conduit à la mort?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → VQ4.28
V4.27	Combien de temps avant la mort a-t-il/elle perdu conscience ?	1. Moins de 6 heures 2. 6-23 heures 3. 24 heures ou plus 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V4.28	Est ce que <NOM> avait une raideur de la nuque pendant la maladie qui a conduit à la mort? <i>[Démontrer]</i>	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V4.29	Est ce que <NOM> avait une fontanelle protubérante pendant la maladie qui a conduit à la mort? <i>[Montrer une photo]</i>	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V4.30	Le mois avant sa mort, <NOM> avait-il/elle eu une éruption cutanée?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → VQ4.35
V4.31	Où était l'éruption cutanée?	1. Visage 2. Tronc/Abdomen 3. Extrémités 4. Partout 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V4.32	Où l'éruption cutanée a commencée?	1. Visage 2. Tronc/Abdomen 3. Extrémités 4. Partout 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
V4.33	Combien de jours l'éruption cutanée a duré?		____ ____ Jours (Ne sait pas = 99)
V4.34	Est ce qu'il y avait des ampoules avec du liquide clair avec l'éruption cutanée?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>

**GRUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

Village/Groupe
Domicile
Enfant

V4.35	Pendant la maladie qui a conduit à la mort est ce que les extrémités de <NOM> (jambes, bras) sont devenues très minces? <i>[Montrer une photo]</i>	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>																													
V4.36	Pendant la maladie qui a conduit à la mort est ce que <NOM> avait les jambes ou les pieds gonflés?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → VQ4.38																													
V4.37	Combien de temps a duré le gonflement? <i>[Enregistrer les jours ou semaines.]</i>		_____ Jours <i>(Ne sait pas = 99)</i> _____ Semaines <i>(Ne sait pas = 99)</i>																													
V4.38	Pendant la maladie qui a conduit à la mort est ce que la peau de <NOM> s'écaillait par plaque?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>																													
V4.39	Est ce que la couleur des cheveux de <NOM> est devenue rougeâtre ou jaunâtre?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>																													
V4.40	Est ce que <NOM> avait un ventre protubérant?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>																													
V4.41	Pendant la maladie qui a conduit à la mort est ce que <NOM> manquait de "sang" ou était pale"?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>																													
V4.42	Pendant la maladie qui a conduit à la mort est ce que <NOM> avait des gonflements sous les aisselles?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>																													
V4.43	Durant la maladie qui a conduit à la mort, est ce que <NOM> avait une éruption blanchâtre dans la bouche ou sur la langue	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>																													
V4.44	Pendant la maladie qui a conduit à la mort est ce que <NOM> saignait?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → VQ4.46																													
V4.45	<i>Indiquer d'ou il/elle saignait:</i>																															
V4.46	Pendant la maladie qui a conduit à la mort est ce qu'il /elle avait des endroits de sa peau qui sont devenus noirs?	3. Oui 4. Non 8. Ne sait pas	<input type="checkbox"/>																													
V4.47	Est ce que <NOM> a souffert d'une blessure ou accident comme ...? <i>[Demander au répondant chaque option en séquence et marquer chacune "Oui," "Non" ou "Ne sait pas."]</i>	1. Accident de la route/blessure?..... 2. Chute? 3. Noyade? 4. Empoisonnement?..... A-t-il/elle souffert: 5. Morsure, piquûre par un animal venimeux?..... 6. Brulure? 7. Violence (homicide, abus)? 8. Toute autre blessure? (Si "Oui" alors spécifier)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"><u>Oui</u></td> <td style="text-align: center;"><u>Non</u></td> <td style="text-align: center;"><u>NSP</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">9. <input type="checkbox"/></td> <td rowspan="8" style="vertical-align: middle; padding-left: 10px;"> } → Tout = 2 ou 9 → SQ6.1 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">9. <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>NSP</u>		1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	} → Tout = 2 ou 9 → SQ6.1	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>NSP</u>																														
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	} → Tout = 2 ou 9 → SQ6.1																													
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																														
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																														
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																														
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																														
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																														
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																														
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																														

**GROUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

Village/Groupe Domicile Enfant

V4.48	Est ce que la blessure ou l'accident a été infligé intentionnellement par quelqu'un d'autre?	1. Oui 2. Non 8. Ne sait pas	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>
V4.49	Combien de temps <NOM> a survécu après la blessure ou l'accident? [Enregistrer des heures si moins de 24 heures Moins de 1 heure = "00" heures; jour d'enregistrement, si un jour ou plus.]		____ ____ Heures (Ne sait pas = 99)
			____ ____ Jours (Ne sait pas = 99)

AS Module 6: Recours aux soins pour les maladies mortelles des enfants (POUR DECES DE NN ET D'ENFANTS DE 0 A 59 MOIS)

Lire: Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la maladie mortelle de <NOM>'et sur les soins et traitements qu'il/elle a reçu.

S6.1	Qui a remarqué que <NOM> était malade?	1. Le répondant 2. Un autre parent, voisin, ami 3. ASC ou infirmière à la maison ou dans la communauté 4. Docteur ou infirmière au centre de santé 5. Autre (spécifier).....	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>																
S6.2	Plus tôt vous avez dit que <NOM> avait des <SYMPTOME(S)> pendant sa maladie. [Lire les symptômes de l'enfant de la liste au bout de l'AV] Comment <SQ6.1 PERSONNE> a su en premier que <NOM> était malade? Lequel de ces symptômes avait il/elle à ce moment? Quels symptômes sont apparus ensuite? Quels jours lors de la maladie est ce que les symptômes ont commencé? [Demander jusqu'a ce que les symptômes soient enregistrés dans l'ordre ou ils sont apparus]	Symptômes dans l'ordre d'apparition	Jour de la maladie ou le symptôme a commencé																
		1.																	
		2.																	
		3.																	
		4.																	
		5.																	
		6.																	
7.																			
S6.3	Quand <SQ6.1 PERSONNE> a remarqué que <NOM> était malade, il/elle ... [Lire les choix pour chaque condition.]	1. Se nourrissait normalement, mal, ou pas du tout..... 2. Etait alerte, somnolent, ou inconscient.. 3. Etait normalement actif (ve), moins actif (ve) que la normale, ou ne bougeait pas	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Normal</th> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Moyen</th> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Anormal</th> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>3. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>3. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>3. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Normal	Moyen	Anormal	NSP	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
Normal	Moyen	Anormal	NSP																
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																
S6.4	Est ce que <NOM> a <u>reçu</u> ou avez vous <u>essayé</u> de recevoir un soin ou traitement pour la maladie mortelle?	1. Oui 2. Non—Soins pas nécessaires, donnés ou cherchés 3. Non— est mort(e) immédiatement 9. Ne sait pas	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/> 2 → SQ6.6 3 ou 9 → VQ5.10																

**GRUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

Village/Groupe

Domicile

Enfant

S6.5 Veuillez me dire tout ce que vous avez fait pour la maladie mortelle de <NOM> à l'intérieur de la maison et tous les lieux en dehors de la maison ou vous avez essayé de le/la prendre pour les soins de santé. Commencez avec le premier traitement que <NOM> a reçu, puis, dans l'ordre, dites moi tous les autres soins et traitements qu'il/elle a reçu. Aussi dites moi quand et pour quels symptômes vous avez pris chaque action.

[Inclure le <NOM> de prestataire non atteint parce qu'il / elle est mort avant de quitter la maison ou en route.]

(1) Cocher une autre case pour les prestataires de soins de santé pour chaque ligne d'action. (2) Pour les décès néonataux seulement: si la maladie a commencé chez le prestataire de santé où l'enfant a été accouché, marquer comme action 1 et cochez la case "début de la maladie chez le prestataire". (3) Enregistrer le jour de la maladie ou l'action a été prise. (4) Assurez-vous qu'aucune mesure n'a été prise pour un symptôme avant qu'il commence (en SQ6.1).

Action #	(1) Autre soins			(1) Prestataires de santé				(2) Maladie a commencé ou l'enfant a été accouché	(3) Jour de la maladie ou l'action a été prise	(4) Pour quel(s) symptôme(s) l'action a été prise?
	Soins à domicile (propre parent, voisin, ami)	Prestataire traditionnel ou formel	Pharmacien vendeur de médicaments	Travailleur social formé, infirmière ou sage femme	Docteur privé (formel)	ONG ou clinique du gvt	Hôpital			
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____-____ (NSP = 99)	
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		____-____ (NSP = 99)	
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		____-____ (NSP = 99)	
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		____-____ (NSP = 99)	
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		____-____ (NSP = 99)	
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		____-____ (NSP = 99)	
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		____-____ (NSP = 99)	

Inst_1: (Pour les décès de nouveaux nés seulement) si la maladie a commencé chez le prestataire de soins ou l'enfant est né:

Et n'a pas complété la matrice de T&A (module 4) → SQ6.10; Et a complété la matrice de T&A (module 4) → SQ6.16

<p>S6.6 Si aucun soin n'a été donné ou cherché, demander: Qui a décidé que <NOM> n'avait pas besoin de soins ou de traitement pour la maladie?</p> <p>Si un soin a été donné ou cherché, demander: Qui a décidé que <ACTION 1> était la chose à faire pour <NOM> à ce moment?</p> <p>[Enregistrer le preneur de décision principal.]</p>	<p>1. Mère de l'enfant</p> <p>2. Père de l'enfant</p> <p>3. Tante de l'enfant</p> <p>4. Oncle de l'enfant</p> <p>5. Grand-mère de l'enfant</p> <p>6. Grand-père paternel de l'enfant</p> <p>7. Grand-père maternel de l'enfant</p> <p>8. Autre (spécifier).....</p> <p>9. Ne sait pas.....</p>	<p>1. <input type="checkbox"/></p> <p>2. <input type="checkbox"/></p> <p>3. <input type="checkbox"/></p> <p>4. <input type="checkbox"/></p> <p>5. <input type="checkbox"/></p> <p>6. <input type="checkbox"/></p> <p>7. <input type="checkbox"/></p> <p>8. <input type="checkbox"/></p> <p>9. <input type="checkbox"/></p>
--	--	--

**GRUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

Village/Groupe	Domicile	Enfant

S6.7	<p>Si jamais emmené chez un prestataire de santé, demander: Avez-vous des préoccupations ou des problèmes que vous ont empêché de prendre <NOM> chez un prestataire de santé au cours de sa maladie?</p> <p><i>Si emmené chez un prestataire de santé, demander: Avez-vous eu à surmonter des préoccupations ou des problèmes pour emmener <NOM> chez le (premier) prestataire de santé?</i></p>	<p>1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 ou 9 → Inst_2</p>
S6.7. 1	<p>Quels inquiétudes ou problèmes aviez vous?</p> <p><i>Demander: Y avait-il autre chose?</i></p> <p><i>[Réponses multiples autorisées]</i></p>	<p>1. N'a pas pense pas que l'enfant été assez malade pour avoir besoin de soins de santé.....</p> <p>2. Personne disponible pour aller avec le soignant.....</p> <p>3. Trop de temps de ses fonctions régulières.....</p> <p>4. Quelqu'un d'autre (préciser) devait décider.....</p> <p>5. Trop loin pour se déplacer.....</p> <p>6. Pas de transport disponible.....</p> <p>7. Coût (transport, soins de santé, autres).</p> <p>8. Non satisfait de soins de santé disponible.....</p> <p>9. Problème nécessitait de soins traditionnels.....</p> <p>10. Pense que l'enfant était trop malade pour le déplacer.....</p> <p>11. Pense que l'enfant va mourir, de toute façon.....</p> <p>12. Était tard dans la nuit (transport ou prestataire pas disponibles).....</p> <p>13. Autre (préciser).....</p> <p>99.. Ne sait pas.....</p>	<p>1. <input type="checkbox"/></p> <p>2. <input type="checkbox"/></p> <p>3. <input type="checkbox"/></p> <p>4. <input type="checkbox"/> _____</p> <p>5. <input type="checkbox"/> _____</p> <p>6. <input type="checkbox"/></p> <p>7. <input type="checkbox"/></p> <p>8. <input type="checkbox"/></p> <p>9. <input type="checkbox"/></p> <p>10. <input type="checkbox"/></p> <p>11. <input type="checkbox"/></p> <p>12. <input type="checkbox"/></p> <p>13. <input type="checkbox"/> _____</p> <p>99. <input type="checkbox"/></p>

**Inst_2: If SQ6.4 = 2 (Aucun soin donné) ou
Si SQ6.5 ≠ "Prestataire de soins de santé" (Jamais emmené ou jamais essayé de l'emmener chez un prestataire de soins) → SQ6.39**

**GRUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

Village/Groupe Domicile Enfant

S6.8	<p>Se référer à SQ6.5 pour le premier prestataire de soins et symptômes qui y sont liés Vous avez dit que vous avez emmené <NOM> chez le (premier) prestataire de soins, je veux dire <PREMIER PRESTATAIRE DE SOINS> pour <SYMPTOME(S)>. Depuis quand <NOM> avait (ce/ces) symptôme(s) quand vous avez décidé de l'emmené chez <PREMIER PRESTATAIRE DE SOINS>?</p> <p><i>[Lire "...chez le premier..." si a emmené ou essayé de l'emmené chez plus d'un prestataire de soins.]</i></p> <p><i>[Cocher jours, heures &/ou minutes si nécessaire soit. 00 jour, 02 heures, 10 minutes]</i></p>	<p>____ Jours (NSP = 99)</p> <hr/> <p>____ Heures (NSP = 99)</p> <hr/> <p>____ Minutes (NSP = 99)</p>
------	---	---

MATRICE D'INSTRUCTIONS SUR LA MALADIE DE L'ENFANT: Posez les questions suivantes pour les premier et dernier prestataires de santé où les soins ont été demandés ou recherchés pour la maladie mortelle. Posez toutes les questions pour le premier prestataire avant de passer au dernier.

Avant de poser des questions sur le premier prestataire, lire: Je voudrais maintenant vous poser une question concernant votre visite chez le premier prestataire. [Lire le "premier" si est allé ou a essayé d'aller chez plus d'un prestataire.]

Avant de poser des questions sur le dernier prestataire, lire: Je voudrais maintenant vous poser une question concernant votre visite chez le dernier prestataire de soins, je veux dire DERNIER PRESTATAIRE DE SOINS.

- MATRICE DES QUESTIONS SUR LA MALADIE DE L'ENFANT -		PREMIER PRESTATAIRE DE SOINS	DERNIER PRESTATAIRE DE SOINS																
<p>Au moment ou il a été décidé de prendre <NOM> chez le <PREMIER/DERNIER PRESTATAIRE DE SOINS>, il/elle...</p> <p><i>[Lire les choix pour chaque condition]</i></p>	<p>1. Se nourrissait normalement, mal, ou pas du tout</p> <p>2. Etait alerte, somnolent, ou inconscient</p> <p>3. Normalement actif, moins actif que la normale, ou ne bouge pas.....</p>	<p>S6.9</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Nrml</td> <td style="text-align: center;">Moy</td> <td style="text-align: center;">Anrm</td> <td style="text-align: center;">NSP</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">9. <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Nrml	Moy	Anrm	NSP	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	<p>S6.24</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Nrml</td> <td style="text-align: center;">Moy</td> <td style="text-align: center;">Anrm</td> <td style="text-align: center;">NSP</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">9. <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Nrml	Moy	Anrm	NSP	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
Nrml	Moy	Anrm	NSP																
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																
Nrml	Moy	Anrm	NSP																
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																
<p>Quel est le nom du <PREMIER/DERNIER PRESTATAIRE DE SOINS> ou vous avez emmené <NOM>?</p> <p><i>Posez des questions pour identifier le genre de prestataire.</i></p>	<p>1. Hôpital (Gouvernement) 2. Hôpital (ONG) 3. Hôpital (Privé) 4. Centre de soins (Gouvernement) 5. Centre de soins (ONG) 6. Poste de santé (Gouvernement) 7. Poste de santé (ONG) 8. Docteur privé/clinique (Formel) 9. Docteur privé/clinique (Informel) 10. Docteur privé/clinique (Indéfini) 11. Agent communautaire formé, infirmière ou sage femme 99. Ne sait pas</p>	<p>S6.10</p> <p style="text-align: center;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">(Nom du prestataire ou du centre de santé)</p>	<p>S6.25</p> <p style="text-align: center;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">(Nom du prestataire ou du centre de santé)</p>																
<p>Après avoir (décidé de chercher des soins/être référé) combien de temps est passé avant d'aller chez le <PREMIER/DERNIER PRESTATAIRE DE SOINS>?</p> <p><i>[Discuter que cela peut inclure le temps nécessaire pour obtenir le transport et l'argent pour aller chez le prestataire/le centre de santé, ou d'obtenir des soins à la maison ou aller chez un prestataire traditionnel avant d'aller chez le prestataire de soins.]</i></p> <p><i>[Si l'enfant est décédé à la maison, enregistrer l'heure de la prise de décision/référence au décès]</i></p> <p><i>[Cochez jours, heures &/ou minutes si nécessaire soit. 01 jour, 05 heures, 30 minutes]</i></p>	<p>S6.11</p> <p style="text-align: center;">____ Jours (NSP = 99)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">____ Heures (NSP = 99)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">____ Minutes (NSP = 99)</p>	<p>S6.26</p> <p style="text-align: center;">____ Jours (NSP = 99)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">____ Heures (NSP = 99)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">____ Minutes (NSP = 99)</p>																	
<p>Est ce que cela coutait de se déplacer chez le <PREMIER/DERNIER PRESTATAIRE DE SOINS> ou pour les soins à l'enfant là bas?</p>	<p>1. Oui 2. Non 99. Ne sait pas</p>	<p>S6.12</p> <p style="text-align: center;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> 2 ou 9 → SQ6.13</p>	<p>S6.27</p> <p style="text-align: center;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> 2 ou 9 → SQ6.28</p>																

**GROUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

Village/Groupe
Domicile
Enfant

<p>Comment avez vous trouvé l'argent pour ces dépenses? <i>[Réponses multiples permises.]</i></p>	<p>1. Disponible 2. Emprunté..... 3. Vendu des biens 4. Aide de parents/famille..... 5. Fond communautaire 6. Fonds gouvernement 7. Autre..... 9. Ne sait pas</p>	<p>S6.12.1 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/></p>	<p>S6.27.1 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/></p>
<p>Quel méthode de transport avez vous utilisé pour y aller? <i>[Réponses multiples permises.]</i></p>	<p>1. Marche 2. Pousse pousse/charrette/ barque . 3. Bus..... 4. Taxi/auto/randonnée 5. Ambulance 6. Autre..... 7. Pas pu obtenir de transport..... 9. Ne sait pas</p>	<p>S6.13 1. <input type="checkbox"/> Si marche seulement 2. <input type="checkbox"/> → SQ6.14.1 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> → SQ6.14.1 9. <input type="checkbox"/></p>	<p>S6.28 1. <input type="checkbox"/> Si marche seulement 2. <input type="checkbox"/> → SQ6.29.1 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> → SQ6.29.1 9. <input type="checkbox"/></p>
<p>Combien a couté le transport?</p>	<p>S6.14 _____ unit (NSP =9999)</p>	<p>S6.29 _____ unit (NSP = 9999)</p>	
<p>Est ce que l'enfant est arrivé chez le <PREMIER/DERNIER PRESTATAIRE DE SOINS> avant sa mort? <i>[Si "Non," discuter avec le répondant pour déterminer la réponse correcte: 2, 3 ou 4.]</i></p>	<p>1. Oui, arrivé avant que l'enfant soit décédé 2. Non, décédé avant de prendre la route 3. Non, décédé en route chez ce prestataire 4. Non, n'a pas pu joindre le prestataire – retourné à la maison/pris une autre action 9. Ne sait pas</p>	<p>S6.14.1 <input type="checkbox"/> 2, 3, 9 → SQ6.39 4 → Inst_4</p>	<p>S6.29.1 <input type="checkbox"/> 2-9 → SQ6.39</p>
<p>Combien de temps avant d'arriver chez le <PREMIER/DERNIER PRESTATAIRE DE SOINS>? <i>[Cochez jours &/ou minutes si nécessaire soit. 02 jours, 10 minutes]</i></p>	<p>S6.15 _____ Heures (NSP = 99) _____ Minutes (NSP = 99)</p>	<p>S6.30 _____ Heures (NSP = 99) _____ Minutes (NSP = 99)</p>	
<p>QU'est ce que le < PREMIER/DERNIER PRESTATAIRE DE SOINS> a fait pour le problème de <NOM> ? <i>Demander: Y avait-il autre chose?</i> <i>[Réponses multiples permises.]</i></p>	<p>1. Donné de l'oxygène 2. Aide à respirer avec un sac ou masque..... 3. Donné des fluides par bouche 4. Donné des antibiotiques par la bouche..... 5. Donné antipaludique par la bouche 6. Donné SRO..... 7. Donné Vitamine A 8. Donné d'autres médicaments par la bouche..... 9. Donné piqûre IM..... 10. Donné des fluides intraveineux ou médicaments 11. Conseillé d'acheter des médicaments en dehors 12. Fait une opération (<i>spécifier</i>)..... 13. Admis à l'hôpital 14. Autre (<i>spécifier</i>)..... 15. Rien..... 99. Ne sait pas</p>	<p>S6.16 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> _____ 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> _____ 13. <input type="checkbox"/> resté ___ jours 14. <input type="checkbox"/> _____ 15. <input type="checkbox"/> → SQ6.18 99. <input type="checkbox"/> → SQ6.18</p>	<p>S6.31 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> _____ 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> _____ 13. <input type="checkbox"/> resté ___ jours 14. <input type="checkbox"/> _____ 15. <input type="checkbox"/> → SQ6.33 99. <input type="checkbox"/> → SQ6.33</p>

**GRUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--

Village/Groupe Domicile Enfant

Combien avez vous payé pour ces soins et autres couts liés aux soins de santé, y compris les frais d'admission, consultation, tests de laboratoire, équipement, et chambre et nourriture pour les compagnons?		S6.17 _____ unité (NSP = 99999)	S6.32 _____ unité (NSP = 99999)
Est-ce que le <PREMIER/DERNIER PRESTATAIRE DE SOINS> a référé <NOM> à un autre prestataire de soins ou centre de santé?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	S6.18 <input type="checkbox"/> 2 ou 9 → SQ6.19	S6.33 <input type="checkbox"/> 2 ou 9 → SQ6.34
Pourquoi <NOM> était référé? <i>[Réponses multiples permises.]</i>	1. Le prestataire n'a pas pu gérer le problème 2. Besoin de matériel (comme médicaments, oxygène, fluide) etc. non disponible..... 3. Besoin de matériel (radiographie) non disponible 9. Ne sait pas	S6.18.1 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/>	S6.33.1 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/>
Est ce que <NOM> a quitté le <PREMIER/DERNIER PRESTATAIRE DE SOINS> vivant?	1. Oui, quitté vivant/e 2. Non, décédé chez ce prestataire	S6.19 <input type="checkbox"/> 2 → VQ5.4	S6.34 <input type="checkbox"/> 2 → VQ5.4
Est-ce que le <PREMIER/DERNIER PRESTATAIRE DE SOINS> a suggéré que vous fassiez autre chose pour la maladie de <NOM> avant de partir?	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	S6.20 <input type="checkbox"/> 2 or 9 → Inst_3	S6.35 <input type="checkbox"/> 2 or 9 → SQ6.37
Qu'est ce que le <PREMIER/DERNIER PRESTATAIRE DE SOINS> a suggéré que vous fassiez? <i>Demander: Y avait-il autre chose?</i> <i>[Réponses multiples permises.]</i>	1. Augmenter l'allaitement..... 2. Donner davantage de liquides..... 3. Poursuivre l'alimentation 4. Donner du SRO..... 5. Donner des antibiotiques par voie orale 6. Donner des antipaludiques par voie orale 7. Donner de la vitamine A par voie orale 8. Retour pour une visite de suivi 9. Retour ou référé si pire 10. Compléter la référence..... 11. Autre..... 99. Ne sait pas	S6.20.1 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 99. <input type="checkbox"/> → Inst_3	S6.35.1 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 99. <input type="checkbox"/> → SQ6.37
Avez-vous pu suivre tous les conseils?	1. Oui 2. Non 8. Ne sait pas	S6.21 <input type="checkbox"/> 9 → Inst_3	S6.36 <input type="checkbox"/> 9 → SQ6.37
<i>Si n'a pas pu suivre tous les conseils, demander: Avez-vous des problèmes ou inquiétudes qui vous ont empêché de suivre les conseils?</i> <i>Si a pu suivre tous les conseils, demander: Avez-vous surmonté tous les problèmes ou inquiétudes pour suivre les conseils?</i>	1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas	S6.21.1 <input type="checkbox"/> 2 or 9 → Inst_3	S6.36.1 <input type="checkbox"/> 2 or 9 → SQ6.37

**GRUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--

Village/Groupe
Domicile
Enfant

<p>Quels les problèmes ou inquiétudes aviez vous?</p> <p><i>Demander: Y avait-il autre chose?</i></p> <p><i>[Réponses multiples permises.]</i></p>	<p>1. N'a pas compris les instructions.....</p> <p>2. Trop de temps de ses tâches habituelles.....</p> <p>3. Quelqu'un d'autre (préciser) a décidé.....</p> <p>4. Coûte trop cher.....</p> <p>5. Problème nécessite des soins traditionnels.....</p> <p>6. Pense que les soins conseillés ne sont pas nécessaires.....</p> <p>7. Pense que les soins pourraient nuire à l'enfant.....</p> <p>8. Pense de l'enfant va mourir malgré les soins.....</p> <p>9. Pas de temps avant d'aller chez le prochain prestataire.....</p> <p>10. L'enfant est mort trop tôt.....</p> <p>11. Autre (préciser).....</p> <p>99. Ne sait pas.....</p>	<p>S6.21.2</p> <p>1. <input type="checkbox"/></p> <p>2. <input type="checkbox"/></p> <p>3. <input type="checkbox"/></p> <p>4. <input type="checkbox"/></p> <p>5. <input type="checkbox"/></p> <p>6. <input type="checkbox"/></p> <p>7. <input type="checkbox"/></p> <p>8. <input type="checkbox"/></p> <p>9. <input type="checkbox"/></p> <p>10. <input type="checkbox"/></p> <p>11. <input type="checkbox"/></p> <p>99. <input type="checkbox"/></p>	<p>S6.36.2</p> <p>1. <input type="checkbox"/></p> <p>2. <input type="checkbox"/></p> <p>3. <input type="checkbox"/></p> <p>4. <input type="checkbox"/></p> <p>5. <input type="checkbox"/></p> <p>6. <input type="checkbox"/></p> <p>7. <input type="checkbox"/></p> <p>8. <input type="checkbox"/></p> <p>9. <input type="checkbox"/></p> <p>10. <input type="checkbox"/></p> <p>11. <input type="checkbox"/></p> <p>99. <input type="checkbox"/></p>																																
Inst_3: Vérifier SQ6.5 → Si emmené chez un autre prestataire de soins → SQ6.23																																			
<p><i>Si pas emmené chez un autre prestataire de soins, demander : Après avoir quitté le (<PREMIER PRESTATAIRE DE SOINS> / <DERNIER PRESTATAIRE DE SOINS>), est ce que <NOM>...</i></p> <p><i>[Lire les choix pour chaque condition.]</i></p>	<p>1. S'alimente normalement, peu, ou pas du tout.....</p> <p>2. Alerte, somnolent ou inconscient</p> <p>3. Normalement actif, moins actif que normal, ne bouge pas.....</p>	<p>S6.22</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Nrml</th> <th>Moy</th> <th>Anrm</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>3. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>3. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>3. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Nrml	Moy	Anrm	NSP	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	<p>S6.37</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Nrml</th> <th>Moy</th> <th>Anrm</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>3. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>3. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2. <input type="checkbox"/></td> <td>3. <input type="checkbox"/></td> <td>9. <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Nrml	Moy	Anrm	NSP	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
Nrml	Moy	Anrm	NSP																																
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																
Nrml	Moy	Anrm	NSP																																
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																
<p><i>Si pas emmené chez un autre prestataire de soins, demander: Aviez-vous des inquiétudes ou problèmes qui vous ont empêché d'emmener <NOM> chez un autre prestataire de soins de santé?</i></p> <p><i>Si emmené chez un autre prestataire de soins demander: Deviez vous surmonter des problèmes ou inquiétudes pour emmener <NOM> chez un autre prestataire de soins?</i></p>	<p>1. Oui</p> <p>2. Non</p> <p>9. Ne sait pas</p>	<p>S6.23</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ou 9 → Inst_4</p>	<p>S6.38</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ou 9 → SQ6.39</p>																																
<p>Quels problèmes ou inquiétudes aviez vous?</p> <p><i>Demander: Y avait-il autre chose?</i></p> <p><i>[Réponses multiples permises.]</i></p>	<p>1..Pensait que plus besoin de soins...</p> <p>2. Personne disponible pour aller avec elle.....</p> <p>3. Trop de temps de hors de ses tâches habituelles.....</p> <p>4. Quelqu'un d'autre (préciser) a décidé.....</p> <p>5. Trop loin pour se déplacer.....</p> <p>6. Pas de transport disponible.....</p> <p>7. Coût (transport, soins de santé, autres).....</p> <p>8. Non content des soins disponibles.</p> <p>9. Problème nécessitent des soins traditionnels.....</p> <p>10. Pense que l'enfant trop malade pour être déplacé.....</p> <p>11. pense que l'enfant va mourir malgré les soins.....</p> <p>12. C'était tard la nuit.....</p> <p>13. L'enfant est décédé avant d'aller</p> <p>14. Autre (préciser).....</p> <p>99. Ne sait pas.....</p>	<p>S6.23.1</p> <p>1. <input type="checkbox"/></p> <p>2. <input type="checkbox"/></p> <p>3. <input type="checkbox"/></p> <p>4. <input type="checkbox"/></p> <p>5. <input type="checkbox"/></p> <p>6. <input type="checkbox"/></p> <p>7. <input type="checkbox"/></p> <p>8. <input type="checkbox"/></p> <p>9. <input type="checkbox"/></p> <p>10. <input type="checkbox"/></p> <p>11. <input type="checkbox"/></p> <p>12. <input type="checkbox"/></p> <p>13. <input type="checkbox"/> → SQ6.39</p> <p>14. <input type="checkbox"/></p> <p>99. <input type="checkbox"/></p>	<p>S6.38.1</p> <p>1. <input type="checkbox"/></p> <p>2. <input type="checkbox"/></p> <p>3. <input type="checkbox"/></p> <p>4. <input type="checkbox"/></p> <p>5. <input type="checkbox"/></p> <p>6. <input type="checkbox"/></p> <p>7. <input type="checkbox"/></p> <p>8. <input type="checkbox"/></p> <p>9. <input type="checkbox"/></p> <p>10. <input type="checkbox"/></p> <p>11. <input type="checkbox"/></p> <p>12. <input type="checkbox"/></p> <p>13. <input type="checkbox"/></p> <p>14. <input type="checkbox"/></p> <p>99. <input type="checkbox"/></p>																																

**GRUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

Village/Groupe Domicile Enfant

V5.11	Puis je voir le certificat de décès?	1. Oui 2. Non	<input type="checkbox"/> 2 → SQ1.1
V5.12	Enregistrer la cause immédiate de décès qui est dans le certificat de décès		
V5.13	Enregistrer la première cause sous jacente de la mort à partir du certificat de décès		
V5.14	Enregistrer la deuxième cause sous jacente de la mort à partir du certificat de décès		
V5.15	Enregistrer la troisième cause sous jacente de la mort à partir du certificat de décès		
V5.16	Enregistrer la cause ayant contribué a la mort à partir du certificat de décès		

AS Module 1: La mère et sa famille (POUR MORT NES, DECES DE NN ET D'ENFANTS DE 0 A 59 MOIS)

Lire: Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur (vous/la mère de l'enfant).

[Lire "...la mère de l'enfant." si le répondent n'est pas la mère.]

Inst_1: If GQ4.3 = 1 (Répondent est la mère) → SQ1.4

S1.2	Quel âge (a la mère de l'enfant/avait la mère de l'enfant lorsqu'elle est morte)? <i>[Lire "...est ce que la mère de l'enfant avait..." si elle est morte.]</i>		___ Ans (NSP = 99)
S1.3	Combien d'année d'école la mère a complété?		___ Ans (<1 = 00; NSP = 99)
S1.4	(Etes vous /Est-elle/ Etiez vous)... <i>[Lire "...est ce que la mère de l'enfant est/était..." si le répondent n'est pas la mère.]</i> <i>[Lire les options au répondent.]</i>	1. Mariée? 2. Vivait/vit avec un homme? 3. Veuve? 4. Divorcée, séparée, or abandonnée? 5. Célibataire (jamais mariée/vécu avec un homme)? 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 5 or 9 → Inst_2
S1.4.1	Quel âge (aviez vous lorsque vous /lorsqu'elle) s'est mariée la première fois (ou a vécu avec un homme)? <i>[Lire "...avait- elle lorsqu'elle..." si le répondent n'est pas la mère.]</i> <i>[Lire "...mariée ou vivait avec un homme?" si SQ1.4 = "2. Vivait/vit avec un homme"]</i>		___ Ans (NSP = 99)
S1.4.2	Combien d'années d'écoles avez vous et votre mari/partenaire/ complété? <i>[Lire "...elle..." si le répondent n'est pas la mère.]</i> <i>[Lire "...partenaire..." si elle vit avec un homme.]</i>		___ Ans (<1 = 00; NSP = 99)

Inst_2: Lire : Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur (votre) famille /la famille (de la mère). Toutes les informations que vous me donnez sont confidentielles.

[décès MN & NN : Si le répondent n'est pas la mère, lire "...la ...de la mère..." et demander SQ1.5–1.11 sur la famille de la mère.]

[Décès d'enfant plus âgés: Toujours lire "...votre..." et demander SQ1.5–1.11 sur la famille du répondent.]

S1.5	Qui a été le principal soutien de la famille au moment de la maladie de l'enfant ?	1. Père de l'enfant 2. Mère de l'enfant 3. Autre 9. Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 9 → SQ1.7
------	--	--	------------------------------------

**GROUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

Village/Groupe *Domicile* *Enfant*

S1.6	<p>A ce temps la, quel genre de travail est ce que le principal soutien de la famille faisait?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fermier / travailleur agricole 2. Elevage du bétail/volaïlle 3. Domestique 4. Fabrication à domicile 5. Ouvrier non qualifié 6. Ouvrier semi-qualifié fournisseur de services / 7. Ouvrier d'usine, d'entreprise 8. Propriétaire d'entreprise 9. Professionnel / technicien 10. Autre (préciser) 11. travailleurs d'outre-mer 99. Ne sait pas 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
S1.7	<p>Est ce que c'est la maison (ou vous êtes maintenant) ou (vous/la mère) vivait lors (des derniers jours de grossesse/maladie mortelle de l'enfant)?</p> <p><i>Décès MN et NN: Lire "...derniers jours..."</i> <i>Décès d'enfants plus âgées: Lire "...de l'enfant..."</i></p> <p><i>[Lire "...la ou vous vivez maintenant..." si vous devez clarifier de quelle maison vous parlez.]</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas 	<input type="checkbox"/> 1 → SQ1.10 9 → VQ5.17
S1.8	<p>Ou est ce que (vous/la mère) viviez à ce moment la?</p> <p><i>Demander: Ou viviez vous/ou vivait la mère pendant la maladie?</i></p> <p><i>[Cocher "1"seulement si sa résidence normale n'est pas celle de ses beaux parents ou d'autre famille]</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sa propre maison à ce moment (pas avec sa belle famille) (<i>Enquêteur: Utiliser ce code seulement si elle a déménagé après le décès</i>) 2. La maison de sa belle famille 3. La maison de ses parents 4. La maison de son frère 5. Autre (<i>spécifier</i>) 9. Ne sait pas 	<input type="checkbox"/> 9 → VQ5.17
S1.9	<p>Quelle est l'adresse de la maison ou (vous/elle) vivez?</p> <p>Etat _____</p> <p>District _____</p> <p>Bloc _____</p> <p>Village _____</p>	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="display: flex; gap: 10px;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div style="display: flex; gap: 10px;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div style="display: flex; gap: 10px;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div style="display: flex; gap: 10px;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> </div>	
S1.10	<p>Au moment des événements de la maladie, depuis combien de temps (vous / la mère / votre <FAMILLE> /la <FAMILLE> de la mère) viviez vous en permanence (dans cette) communauté?</p> <p><i>[Lire "...<FAMILLE..." si SQ1.8 = 2-5 (il/elle vivait avec sa famille).]</i></p>	<p>_____ Années (<1 = 00; NSP =99)</p>	
S1.11	<p>Combien de temps faut-il pour arriver chez le prestataire ou le centre de santé ou (vous/la mère) se rend <u>normalement</u> à partir de cette maison?</p> <p><i>[Marquer les heures &/ou minutes si nécessaire soit. 01 heure, 30 minutes]</i></p>	<p>_____ Heures (NSP = 99)</p> <hr/> <p>_____ Minutes (NSP = 99)</p>	
Inst_3 → SQ2.1.1 (si Module 2 facultatif est inclus) ou VQ5.17			

**GRUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--

Village/Groupe
Domicile
Enfant

Module 2: Capital social (MODULE FACULTATIF—POUR MORTS NES, DECES DE NN ET D'ENFANTS DE 0 A 59 MOIS)

Lire: Maintenant, j'ai quelques questions sur la communauté de (votre <FAMILLE>/<LA FAMILLE> de la mère)

[MN et Décès NN: Si le répondant n'est pas la mère, lire "...de la mère..." ou "...la <FAMILLE> de la mère...;" et demander SQ2.1.1–SQ2.3.1 sur la mère et sa communauté ou la communauté de sa famille.

Décès d'enfant plus âgés : toujours lire "...votre..." ou "...votre <FAMILLE>...", et demander SQ2.1.1–SQ2.3.1 sur le répondant et sa communauté ou sur la communauté de ses parents/famille.

Tous décès: Poser des questions sur la communauté de la famille et si elle a vécu avec sa famille pendant la maladie]

S2.1.1	<p>Durant les 3 dernières années est ce que les gens de votre (village/communauté) ont travaillé ensemble sur des questions qui ont affecté toute ou une partie de la communauté?</p> <p><i>Lire toutes les questions et marquer ("X") Oui, Non ou NSP pour chacune, puis mettre le code.]</i></p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Oui</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Non</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. Education/écoles</td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. Services de soins/cliniques.....</td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3. Opportunités de travail payé</td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4. Crédit/finance</td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5. Routes</td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>6. Transport publique.....</td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>7. Distribution d'eau.....</td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>8. Services sanitaires.....</td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>9. Agriculture</td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>10. Justice/résolution de conflit.....</td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>11. Security/services de police</td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>12. Mosquée/église/temple.....</td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>13. Autre</td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">(spécifier)</td></tr> </tbody> </table>		Oui	Non	NSP	1. Education/écoles	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	2. Services de soins/cliniques.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	3. Opportunités de travail payé	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	4. Crédit/finance	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	5. Routes	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	6. Transport publique.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	7. Distribution d'eau.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. Services sanitaires.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	9. Agriculture	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	10. Justice/résolution de conflit.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	11. Security/services de police	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	12. Mosquée/église/temple.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	13. Autre	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	(spécifier)																																												
	Oui	Non	NSP																																																																																																				
1. Education/écoles	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
2. Services de soins/cliniques.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
3. Opportunités de travail payé	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
4. Crédit/finance	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
5. Routes	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
6. Transport publique.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
7. Distribution d'eau.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
8. Services sanitaires.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
9. Agriculture	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
10. Justice/résolution de conflit.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
11. Security/services de police	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
12. Mosquée/église/temple.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
13. Autre	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
(spécifier)																																																																																																							
	<p><i>Code:</i></p> <p>1. Un problème ou plus identifié</p> <p>2. Pas de problème identifié</p>	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
S2.2	<p>(Avez vous/la mère) pu vous tourner vers une personne, groupes, ou organisations dans la communauté pour avoir de l'aide pendant la grossesse/(ou) la maladie mortelle de l'enfant?</p> <p><i>[Lire "...la grossesse?" pour MN, lire "...la grossesse ou la maladie mortelle de l'enfant?" pour les décès de NN : lire "...la maladie mortelle de l'enfant pour les décès d'enfants plus âgés]</i></p>	<p>1. Oui</p> <p>2. Non</p> <p>9. Ne sait pas</p>	<input type="checkbox"/> 2 ou 9 → SQ2.3.1																																																																																																				
S2.2.1	<p>Est ce que (vous /elle) a pu se tourner vers ces personnes pour avoir de l'aide?</p> <p><i>Lire toutes les questions et marquer ("X") Oui, Non ou NSP pour chacune, puis mettre le code.]</i></p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Oui</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Non</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. Famille</td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. Voisins</td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3. Amis.....</td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4. Chef ou groupe religieux.....</td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5. Leader communautaire.....</td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>6. Police.....</td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>7. Patron/employeur/bienfaiteur.....</td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>8. Leader politique</td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>9. Groupe de soutien mutuel auquel il/elle appartient.....</td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>10. Assistance organisation a laquelle elle n'appartient pas</td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>11. Autre</td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">(spécifier)</td></tr> </tbody> </table>		Oui	Non	NSP	1. Famille	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	2. Voisins	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	3. Amis.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	4. Chef ou groupe religieux.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	5. Leader communautaire.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	6. Police.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	7. Patron/employeur/bienfaiteur.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. Leader politique	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	9. Groupe de soutien mutuel auquel il/elle appartient.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	10. Assistance organisation a laquelle elle n'appartient pas	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	11. Autre	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	(spécifier)				<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Oui</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Non</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3. <input type="checkbox"/></td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4. <input type="checkbox"/></td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5. <input type="checkbox"/></td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>6. <input type="checkbox"/></td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>7. <input type="checkbox"/></td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>8. <input type="checkbox"/></td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>9. <input type="checkbox"/></td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>10. <input type="checkbox"/></td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>11. <input type="checkbox"/></td><td align="center">1. <input type="checkbox"/></td><td align="center">2. <input type="checkbox"/></td><td align="center">9. <input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		Oui	Non	NSP	1. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	6. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	7. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	10. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	11. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
	Oui	Non	NSP																																																																																																				
1. Famille	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
2. Voisins	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
3. Amis.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
4. Chef ou groupe religieux.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
5. Leader communautaire.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
6. Police.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
7. Patron/employeur/bienfaiteur.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
8. Leader politique	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
9. Groupe de soutien mutuel auquel il/elle appartient.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
10. Assistance organisation a laquelle elle n'appartient pas	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
11. Autre	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
(spécifier)																																																																																																							
	Oui	Non	NSP																																																																																																				
1. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
3. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
4. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
5. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
6. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
7. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
8. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
10. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				
11. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																																																																																				

**GROUPE DE REFERENCE POUR L'EPIDEMIOLOGIE DE LA
SANTÉ DE L'ENFANT- QUESTIONNAIRE D'AUTOPSIE
VERBALE/SOCIALE POUR MORTS NES/DECES
NEONATALS ET INFANTILES**

Etude #

Village/Groupe				Domicile				Enfant			

		<p><i>Code:</i> 1. Une personne/groupe identifié 2. Deux personnes ou plus/deux groupes identifiés 3. Personne/pas de groupe identifié</p>	<input type="checkbox"/> 3 → SQ2.3.1																																							
S2.2.2	(Est-ce que c'est/est ce qu'ils sont la/les même(s) personne(s) ou groupe(s) vers lesquels vous demanderiez de l'aide en cas de problème grave?)	<p>1. Oui 2. Non 9. Ne sait pas</p>	<input type="checkbox"/>																																							
S2.3.1	<p>Est ce que on (vous/la mère/ou sa) famille a refusé un des services communautaires suivantes?</p> <p><i>Lire toutes les options et cocher ("X") Oui, Non ou NSP pour chacune, puis mettre le code.]</i></p>	<p>1. Education/écoles 2. Services de santé/cliniques 3. Opportunité de travail payé..... 4. Crédit/finance 5. Transportation 6. Distribution d'eau..... 7. Services sanitaires..... 8. Extension d'agriculture 9. Résolution de justice/conflit 10. Services de sécurité/police 11. Autre.....</p> <p>(spécifier)</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th align="center">Oui</th> <th align="center">Non</th> <th align="center">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. <input type="checkbox"/></td><td>2. <input type="checkbox"/></td><td>9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>1. <input type="checkbox"/></td><td>2. <input type="checkbox"/></td><td>9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>1. <input type="checkbox"/></td><td>2. <input type="checkbox"/></td><td>9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>1. <input type="checkbox"/></td><td>2. <input type="checkbox"/></td><td>9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>1. <input type="checkbox"/></td><td>2. <input type="checkbox"/></td><td>9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>1. <input type="checkbox"/></td><td>2. <input type="checkbox"/></td><td>9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>1. <input type="checkbox"/></td><td>2. <input type="checkbox"/></td><td>9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>1. <input type="checkbox"/></td><td>2. <input type="checkbox"/></td><td>9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>1. <input type="checkbox"/></td><td>2. <input type="checkbox"/></td><td>9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>1. <input type="checkbox"/></td><td>2. <input type="checkbox"/></td><td>9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>1. <input type="checkbox"/></td><td>2. <input type="checkbox"/></td><td>9. <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>1. <input type="checkbox"/></td><td>2. <input type="checkbox"/></td><td>9. <input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	Oui	Non	NSP	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>
Oui	Non	NSP																																								
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																								
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																								
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																								
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																								
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																								
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																								
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																								
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																								
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																								
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																								
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																								
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>																																								
		<p><i>Code:</i> 1. Un service refusé 2. Deux ou plus de services refusés 3. Pas de refus de service identifié</p>	<input type="checkbox"/>																																							
V5.17	<p><i>Lisez:</i> Maintenant j'ai trois dernières questions à propos de la mère de l'enfant.</p> <p>Est-ce que la mère biologique décédée a jamais été testée pour le VIH?</p>	<p>1. Oui 2. Non 8. Refuse de répondre 9. Ne sait pas</p>	<input type="checkbox"/> 2-9 → VQ5.19																																							
V5.18	Est-ce que le test au VIH a jamais été positif?	<p>1. Oui 2. Non 8. Refuse de répondre 9. Ne sait pas</p>	<input type="checkbox"/>																																							
V5.19	Est-ce qu'un travailleur social a dit à la mère biologique décédée qu'elle avait le SIDA?	<p>1. Oui 2. Non 8. Refuse de répondre 9. Ne sait pas</p>	<input type="checkbox"/>																																							

