

ENQUETE SUR LA MORTALITE INFANTILE

Ville :

N° d'ordre :

Enregistrement
Maternité : _____
Date : _____
Enqueteuse : _____

N° passage	Date prévue	Date effective	Enquêteuse
1 _____			
2 _____			
3 _____			
4 _____			
5 _____			
6 _____			
7 _____			

1. IDENTIFICATION ET LOCALISATION

1.1. Nom et prénoms de la mère : _____

1.2. Date de naissance de la mère : jour ou mois année âge

1.3. Ethnie de la mère (ou nationalité) _____

1.4. Adresse postale de la mère (B.P. ou s/c) : _____

1.5. Adresse professionnelle de la mère : _____ tél. : _____

1.6. Nom et prénoms du père : _____

1.7. Adresse professionnelle du père : _____ tél. : _____

1.8. Résidence (mère) oui non Depuis combien de temps ? années ou mois

Autre : _____

1.9. Domiciles successifs (résidentes de Ouagadougou seulement).

<p>Quartier : _____</p> <p>Nom du propriétaire du logement : _____</p> <p>Repères : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>CROQUIS</p>
---	-----------------------

Quartier : _____ Nom du propriétaire du logement : _____ _____ Repères : _____ _____ _____ _____ _____	CROQUIS
---	----------------

Quartier : _____ Nom du propriétaire du logement : _____ _____ Repères : _____ _____ _____ _____ _____	CROQUIS
---	----------------

1.10. Avez-vous l'intention de changer de domicile ?

oui non

Si oui quand ? _____

vers quel quartier ou quelle localité ? _____

Comment pourra-t-on retrouver votre nouveau domicile ? _____

2. CARACTERISTIQUES DE LA MERE

2.1. Caractéristiques démographiques

2.1.1. Etes-vous célibataire mariée veuve divorcée ou séparée

Si vous êtes mariée quel est le nombre d'épouses de votre mari ?

2.1.2. Etait-ce votre première grossesse ? oui non

Si non qu'avait donné votre précédente grossesse ? naissance (s) vivante (s) mort (s) — né (s) avortement

Si naissance vivante cet enfant est-il encore en vie ? oui non Date de naissance ou âge

jour mois année

Si non date du décès : ou âge ou décès

jour mois année

Combien d'enfants nés-vivants avez-vous déjà eus ?

Combien sont encore en vie ?

Avez-vous déjà eu des enfants morts-nés ? oui non Si oui combien ?

Avez-vous déjà eu des avortements ou fausses-couches ? oui non Si oui combien ?

Combien de fois aviez-vous déjà accouché (non compris le présent accouchement) ?

ENQUETE SUR LA MORTALITE INFANTILE

PASSAGE N° _____

Ville : Ouagadougou _____

N° d'ordre	<input type="text"/>	Nom et prénoms de la mère :	_____
Date de naissance de la mère :	<input type="text"/>	ou âge :	<input type="text"/>
Date de passage :	<input type="text"/>	Enquêteuse :	_____
Présence de la mère :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Motif d'absence :	_____
Personne interrogée :	_____	Lieu d'absence :	_____
		Durée d'absence prévue :	_____
		Lien de parenté avec la mère :	_____

I. Questionnaire relatif à la mère

A. Mère encore en vie

A.1 A-t-elle changé de domicile ? oui non

A.1.1: Si elle a changé de domicile :

L'enfant réside-t-il avec sa mère ? oui non

A.1.1.1. Si oui

Comment les retrouver ? _____

A.1.1.2. Si non

Qui a la charge de l'enfant ? _____

Comment les retrouver ? _____

A.2. Caractéristiques de la mère.

A.2.1. Etes-vous malade ? oui non

Si oui

De quoi souffrez-vous ? _____

Par qui vous faites-vous soigner ?

— Médecin ;

— Infirmier ;

— Guérisseur traditionnel ;

— Autre ;

— Sans soin.

A.2.2. Avez-vous repris votre activité professionnelle ? oui non

Si oui

Combien de temps après l'accouchement ? _____

A.2.3. Vos règles ont-elles repris ? oui non

Si oui

Combien de temps après l'accouchement ? _____

A.2.4. Souhaitez-vous un enfant supplémentaire ?

oui non ind

Si oui pour quand ? _____

Si non pourquoi ? _____

A.2.5. Avez-vous repris les rapports sexuels oui non

Si oui

Combien de temps après l'accouchement ? _____

A.2.6 Etes-vous à nouveau enceinte ? oui non

A.2.7. Vous étiez enceinte à nouveau lors du passage précédent

Grossesse en cours : oui non

Si non

Issue de cette grossesse :

— Naissance vivante ;

— Fausse-couche (ou avortement) ;

— Mort-né ;

A.2.8 Avez-vous l'intention de changer de domicile ? oui non

Si vous en avez l'intention,

irez-vous avec votre enfant ? oui non

Si oui

Comment vous retrouver ? _____

Si non

Qui aura la charge de l'enfant ? _____

Comment les retrouver ? _____

B. Mère décédée

B.1. Date de décès

B.2. De quoi est-elle morte ? _____

B.3. Qui a la charge de l'enfant ? _____

Lien de parenté avec la mère : _____

Comment les retrouver ? _____

II Questionnaire relatif à l'enfant

Nom et prénoms : _____

Date de naissance : _____

Enfant encore en vie oui non

Enfant encore en vie ou décédé

A.1. Comment est-il (était-il) allaité ?

- Au sein ; Depuis quand ? _____
- Au biberon ; _____
- Allaitement mixte ; _____

A.2. En plus du lait, lui donnez-vous (donniez-vous) d'autres aliments ? oui non

Si oui lesquels ? _____

Depuis quand ? _____

A.3. Quelle eau lui donnez-vous (donniez-vous) ?

- Eau non bouillie ;
- Eau bouillie ;
- Eau minérale.

A.4. Quels vaccins a-t-il reçus ?

- BCG (Anti-tuberculeux)
- Tétracoq (ou DT COQ POLIO)
- Anti-variolique ;
- Anti-rcugeoleux ;
- Autres (citer) _____

Date

A.5. Moyens mis en œuvre pour prévenir le paludisme

- Moustiquaire
- Insecticide
- Autre
- Rien

Enfant encore en vie

B.1. A-t-il été malade depuis sa naissance ? oui non

(ou depuis le passage précédent)

De quoi a-t-il souffert ? _____

Par qui était-il soigné ?

- Médecin ;
- Infirmier ;
- Guérisseur traditionnel ;
- Autre ;
- Sans soin

B.2. A-t-il subi des visites médicales depuis sa naissance ?

(ou depuis le passage précédent) oui non

Si oui

Date de la dernière pesée : _____

Poids à cette pesée : _____ kg _____ g

Enfant décédé

C.1. Date de décès : _____

C.2. De quoi est-il mort ? _____

C.3. A-t-il subi avant son décès

- Des visites médicales ? oui non
- Un traitement ? oui non
- Par qui ? — Médecin ;
- Infirmier ;
- Guérisseur traditionnel ;
- Autre ;

III. Caractéristique de l'habitat

A. Mode d'occupation :

- Propriétaire ;
- Locataire ;
- Autre ;

B. En quels matériaux sont les murs ?

- Dur ;
- Semi-dur ;
- Banco ;
- Autre ;

C. En quels matériaux est le toit ?

- Dur ;
- Tôles ou tuiles ;
- Terre battue ;
- Autre ;

D. Comment est le sol ?

- Carrelé ;
- Cimenté ;
- En terre battue ;
- Autre ;

E. Quel est le mode d'éclairage ?

- Electricité ;
- Pétrole ;
- Autre ;

F. Quel est le mode d'approvisionnement en eau ?

- Eau courante ;
- Borne Fontaine ;
- Puits ;
- Autre ;

G. Type d'aisance utilisé

- Avec chasse d'eau
- Latrine
- Autre

H. Combien de personnes couchent dans la même chambre que l'enfant ? (enfant non compris) : _____

2.2. Caractéristiques culturelles et socio-économiques

2.2.1. Avez-vous fréquenté l'école ? oui Quel est le niveau le plus élevé que vous avez atteint ?

Classe : _____ Diplôme : _____

non Pouvez-vous lire un journal ou une revue ? oui non

2.2.2. Exercez-vous normalement une activité économique rémunérée ? oui non

Si oui profession : _____ Statut : _____ Branche : _____

2.2.3. Femmes mariées seulement Votre mari a-t-il fréquenté l'école ?

oui Quel est le niveau le plus élevé qu'il a atteint ?

Classe : _____ Diplôme : _____

non Peut-il lire un journal ou une revue ? oui non

2.2.4. Votre mari exerce-t-il actuellement une profession oui non

Si oui laquelle ? _____ Statut : _____ Branche : _____

Si non qu'elle était sa dernière occupation au cours des 6 derniers mois ? _____

2.2.5. (à remplir au 2^e passage) Pouvez-vous m'indiquer dans quelle catégorie de revenu se situe votre ménage, en retenant le revenu mensuel moyen du chef de ménage ?

moins de 20.000 FCFA de 20.000 à 50.000 FCFA

de 50.000 à 100.000 FCFA plus de 100.000 FCFA

Autre (s) revenu (s) du ménage : _____

3. CARACTERISTIQUES DE LA GROSSESSE

3.1. Fréquentiez-vous un établissement sanitaire pendant votre grossesse ? oui non

Si oui indiquez le nom de l'établissement ? _____ Date de la 1^{re} visite

Combien de visites médicales avez-vous subies ?

3.2. Connaissez-vous des moyens ou des méthodes permettant d'empêcher ou de retarder une grossesse ? oui non

Si oui en avez-vous déjà utilisé ?

oui cette dernière grossesse a-t-elle été retardée oui non

non a-t-elle été imprévue ? oui non

3.3. Etat de santé de la mère durant la grossesse : _____

4. CARACTERISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT (voir registre)

4.1. Date de l'accouchement Heure

4.2. L'accouchement a-t-il eu lieu : à terme ? avant terme ? après terme ?

Durée de la grossesse : mois

4.3. Avez-vous accouché : d'un seul enfant ? de 2 jumeaux ? de triplés ou plus ?

4.4. L'accouchement s'est-il déroulé : normalement
par césarienne ? autre (à préciser) : _____

4.5. Heure de décès de l'enfant (survenu en maternité)

