



--	--

پرسشنامه کودکان زیر پنج سال

--	--

--	--

--

--	--	--	--

--	--

کد شناسایی خانوار

استان / شهرستان / منطقه / شماره خوشه / شماره ردیف خانوار

پرسشنامه کودکان زیر پنج سال مخصوص استان های سیستان و بلوچستان، کرمان و هرمزگان

Under-Five Child Information		اطلاعات کودکان کمتر از ۴ سال و ۱۱ ماه ۲۹ روز	
برای هر کودک کمتر از ۵ سال خانوار باید یک پرسشنامه جداگانه از طریق مصاحبه با مادر یا مراقب اصلی تکمیل کنید.			
UF1. نام استان:		UF2. شماره خوشه:	
UF3. شماره ردیف خانوار:		UF4. نام کودک:	
UF5. شماره ردیف کودک:		UF6. نام مادر / مراقب:	
UF7. شماره ردیف مادر / مراقب:		UF8. نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار:	
UF9. تاریخ مراجعه	روز / ماه / سال	روز / ماه / سال	روز / ماه / سال
	۱۳۸۹/ /	۱۳۸۹/ /	۱۳۸۹/ /
UF10. نام و نام خانوادگی و شماره شناسایی مصاحبه گر			
UF11*. کد نتیجه			

\* کدهای UF11. نتیجه مراجعه (کد ها مربوط به مادر / مراقب هستند).

۰۱ کامل انجام شد	۰۳ امتناع از پاسخگویی	۰۵ به علت ناتوان بودن مادر / مراقب اصلی انجام نشد
۰۲ به علت غایب بودن مادر / مراقب اصلی انجام نشد	۰۴ ناقص انجام شد	۰۶ سایر (مشخص نمایید)

اگر در ابتدای پرسشنامه خانوار از این پاسخگو اجازه گرفته نشده است، متن زیر را بخوانید:

می خواهیم با شما درباره سلامتی (نام کودک از روی UF4) صحبت کنیم. این مصاحبه حدود ۳۰ تا ۳۵ دقیقه طول می کشد. تمام اطلاعاتی که از شما کسب می کنیم کاملاً محرمانه باقی می ماند و پاسخ های شما با هیچ کس به جز افراد تیم مطالعه ما در میان گذاشته نخواهد شد. اجازه می دهید شروع کنیم؟

- بلی، اجازه داده می شود ← به UF15 بروید تا زمان را ثبت نموده و سپس مصاحبه را آغاز کنید.
- خیر، اجازه داده نمی شود ← UF11 را کامل کنید. نتیجه را به ناظر دانشگاهی/میدانی تیم اطلاع دهید.

UF12. نام و نام خانوادگی و شماره شناسایی ناظر دانشگاهی/میدانی نام و نام خانوادگی: شماره شناسایی:	
UF13. بازبین میدانی (نام و نام خانوادگی و شماره شناسایی). نام و نام خانوادگی:	UF14. مسئول ورود داده ها ( نام و نام خانوادگی و شماره شناسایی). نام و نام خانوادگی:

UF15. زمان را ثبت کنید:

ساعت:

دقیقه:

--	--

--	--

ثبت تولد		Birth Registration												
BR2. آیا (نام) شناسنامه دارد؟	بلی، مشاهده شد.....	۱	BR2b ⇐ ۱											
اگر پاسخ بلی است: ممکن است شناسنامه را ببینیم؟	بلی، مشاهده نشد.....	۲	⇐ ۲ بخش سن											
	خیر.....	۳	BR2a ⇐ ۳											
	نمی داند.....	۸	⇐ ۸ بخش سن											
BR2a. چرا ( نام) شناسنامه ندارد؟	ازدواج پدر و مادر ثبت نشده است.....	۱												
	یکی از والدین ایرانی نیست و یا شناسنامه ندارد.....	۲												
	هنوز اقدام نشده است.....	۳												
	نمی داند.....	۸												
	سایر ( مشخص کنید) .....	۹۶												
BR2b. کد ملی کودک:		<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>												
دقت شود کد ملی و شماره شناسنامه کودکان یکی است.														

سن		Age	
AG1. (نام) در چه روز، ماه و سالی به دنیا آمده است؟	تاریخ تولد	روز	روز تولد
پرس و جو کنید. ( نام) در چه روزی به دنیا آمده است؟ (در صورت عدم مشاهده شناسنامه) اگر مادر یا مراقب تاریخ تولد را دقیقاً می داند، روز را هم ثبت کنید. در غیر این صورت برای روز کد ۹۸ را انتخاب کنید. ماه و سال باید ثبت شود.	روز را نمی داند.....	۹۸	
	ماه.....		
	سال.....		
AG2. (نام) چند سال دارد؟	سن (سال تمام).....		
پرس و جو کنید. ( نام) در آخرین سالروز تولد خود چند ساله شد؟ سال های تمام را ثبت کنید. اگر کمتر از ۱ سال است "۰" ثبت کنید. AG1 و AG2 را مقایسه و اگر مغایرت دارند تصحیح کنید.			

EC1. (نام) چند کتاب عکس دار یا کتاب کودک دارد؟  
 کتاب ندارد.....  
 تعداد کتاب ها .....  
 ده کتاب یا بیشتر ..... ۱۰

EC2. وقتی که (نام) در خانه است با چه چیزهایی بازی می کند و سرگرم می شود؟  
 اگر پاسخ دهنده به هر کدام از موارد پاسخ "بلی" داد برای روشن شدن پاسخ پرس و جو کنید تا متوجه شوید کودک مشخصاً با چه چیزی بازی می کند.

وسیله بازی و سرگرمی	بلی	خیر	نمی داند
اسباب بازی دست ساز خانگی	۱	۲	۸
اسباب بازی کارخانه ای	۱	۲	۸
وسایل خانه/خارج خانه	۱	۲	۸
بازی کامپیوتری	۱	۲	۸
تماشای تلویزیون/سی دی	۱	۲	۸

EC2a. (نام) به طور معمول چند ساعت در روز به تماشای تلویزیون یا فیلم (سی دی) می پردازد؟  
 تعداد ساعات .....  
 تلویزیون یا فیلم (سی دی) تماشا نمی کند..... ۰۰

EC3. گاهی بزرگسالانی که از کودک مراقبت می کنند مجبورند برای انجام کارهای منزل، مهمانی یا دلایل دیگر از خانه خارج شوند و کودکان را تنها بگذارند.  
 طی هفته گذشته چند روز پیش آمده که (نام) :  
 الف) بیش از ۱ ساعت در خانه تنها مانده باشد؟  
 ب) بیش از ۱ ساعت تحت مراقبت کودک دیگری (فردی کمتر از ۱۰ سال) گذاشته شده باشد؟  
 اگر پاسخ منفی است "۰" ثبت کنید، و برای نمی داند "۱" را ثبت کنید.

تعداد روزهای تنها ماندن در خانه به مدت بیش از ۱ ساعت .....  
 تعداد روزهای ماندن با کودک کمتر از ۱۰ سال دیگر بیش از ۱ ساعت .....

EC4 سوال AG2 را کنترل کنید: سن کودک  
 ۰ ، ۱ ، ۲ است ← به بخش تغذیه با شیر مادر بروید.  
 ۳ و ۴ است ← با EC5 ادامه دهید.

EC5. آیا (نام) در دوره های آموزشی ویژه کودکان مثل کلاس های ورزشی، شعر، نقاشی و قرآن در مراکز دولتی یا خصوصی (مثلاً مهدکودک)، شرکت کرده است؟  
 بلی..... ۱  
 خیر..... ۲  
 نمی داند..... ۸

EC6. (نام) طی هفت روز گذشته چند ساعت در مواردی که در سوال قبلی ذکر شد، شرکت کرده است؟  
 تعداد ساعات.....

EC7. آیا در ۳ روز گذشته شما یا یکی از اعضای بیشتر از ۱۵ سال خانوار با (نام) در یکی از فعالیت هایی که نام می برم، شرکت داشته اید:  
 اگر پاسخ مثبت است بپرسید:  
 چه کسی در این فعالیت با (نام) شرکت داشته است؟  
 تمام مواردی که مصداق دارد را انتخاب کنید.

فعالیت ها	مادر	پدر	فرد دیگر	هیچ کس
کتاب خواندن یا نگاه به تصاویر به همراه کودک	A	B	X	Y
قصه گفتن	A	B	X	Y
شعر یا لالایی خواندن	A	B	X	Y
بیرون بردن از خانه	A	B	X	Y
بازی کردن	A	B	X	Y
نام بردن و شمردن چیزها/نقاشی کردن	A	B	X	Y

حتما می دانید که همه کودکان به یک میزان تکامل پیدا نمی کنند و یاد نمی گیرند. مثلا بعضی کودکان زودتر از دیگران راه می افتند. حالا می خواهیم از شما چند سوال درباره جنبه های مختلف تکامل کودکان بپرسیم.

۱ ..... بلی ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند	EC9. آیا (نام) می تواند حداقل ۴ کلمه ساده و رایج (مثل آب، بابا، مامان و نام خودش) را بخواند و تشخیص دهد؟																								
۱ ..... بلی ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند	EC10. آیا (نام) شکل و نام تمام اعداد ۱ تا ۱۰ را می شناسد و می تواند آنها را از هم تشخیص دهد؟																								
<table border="1" data-bbox="304 465 874 757"> <thead> <tr> <th>موارد</th> <th>بلی</th> <th>خیر</th> <th>نمی داند</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>نام خودش</td> <td>۱</td> <td>۲</td> <td>۸</td> </tr> <tr> <td>نام خانوادگی خودش</td> <td>۱</td> <td>۲</td> <td>۸</td> </tr> <tr> <td>سن خودش</td> <td>۱</td> <td>۲</td> <td>۸</td> </tr> <tr> <td>دختر یا پسر بودن خودش</td> <td>۱</td> <td>۲</td> <td>۸</td> </tr> <tr> <td>شهر یا روستایی که در آن زندگی می کند</td> <td>۱</td> <td>۲</td> <td>۸</td> </tr> </tbody> </table>	موارد	بلی	خیر	نمی داند	نام خودش	۱	۲	۸	نام خانوادگی خودش	۱	۲	۸	سن خودش	۱	۲	۸	دختر یا پسر بودن خودش	۱	۲	۸	شهر یا روستایی که در آن زندگی می کند	۱	۲	۸	EC10a. آیا (نام) می تواند مواردی را که نام می برم، را بگوید؟
موارد	بلی	خیر	نمی داند																						
نام خودش	۱	۲	۸																						
نام خانوادگی خودش	۱	۲	۸																						
سن خودش	۱	۲	۸																						
دختر یا پسر بودن خودش	۱	۲	۸																						
شهر یا روستایی که در آن زندگی می کند	۱	۲	۸																						
۱ ..... بلی ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند	EC11. آیا (نام) می تواند جملات ۴ یا ۵ کلمه ای بگوید؟																								
۱ ..... بلی ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند	EC12. آیا زیاد پیش می آید که (نام) به علت مریضی نتواند بازی کند؟																								
۱ ..... بلی ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند	EC13. آیا (نام) طبق راهنمایی می تواند کاری که از او خواسته شده را به درستی انجام دهد؟																								
۱ ..... بلی ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند	EC14. آیا (نام) می تواند کاری را که به او سپرده شده به تنهایی انجام دهد؟																								
۱ ..... بلی ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند	EC15. آیا (نام) با کودکان دیگر به خوبی کنار می آید؟																								
۱ ..... بلی ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند	EC16. آیا (نام) کودکان دیگر یا بزرگسالان را می زند، گاز می گیرد یا به آنها لگد می زند؟																								
۱ ..... بلی ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند	EC17. آیا حواس (نام) به راحتی پرت می شود؟																								

۱ ..... بلی، هر روز ..... ۲ ..... بلی، گاهگاهی ..... ۳ ..... خیر ..... ۸ ..... نمی داند .....	E1. آیا (نام) مسواک می زند (خودش به تنهایی و یا به کمک دیگران)؟
--	---

Breastfeeding		تغذیه با شیر مادر
<p>BFa. سوال AG2 را کنترل کنید: سن کودک</p> <p><input type="checkbox"/> ۰، ۱، ۲ سال است ← با BF1 ادامه دهید.</p> <p><input type="checkbox"/> ۳ و ۴ است ← به بخش مصرف تنقلات بروید.</p>		
BF3 ⇐ ۲	<p>۱ بلی.....</p> <p>۲ خیر.....</p> <p>۸ نمی داند.....</p>	BF1. آیا (نام) اصلاً شیر مادر خورده است؟
BF3 ⇐ ۸	<p>۱ بلی.....</p> <p>۲ خیر.....</p> <p>۸ نمی داند.....</p>	BF2. آیا (نام) هنوز شیر مادر می خورد؟
<p>می خواهیم در مورد مایعاتی که (نام) در شبانه روز گذشته نوشیده است از شما سوال کنم. حتی اگر (نام) این مایعات را همراه با غذای دیگری مصرف کرده باشد هم لطفاً ذکر کنید.</p>		
	<p>۱ بلی.....</p> <p>۲ خیر.....</p> <p>۸ نمی داند.....</p>	BF3. آیا (نام) در شبانه روز گذشته آب (آشامیدنی) نوشیده است؟
BF6 ⇐ ۲	<p>۱ بلی.....</p> <p>۲ خیر.....</p> <p>۸ نمی داند.....</p>	BF4. آیا (نام) در شبانه روز گذشته شیر خشک خورده است؟
BF6 ⇐ ۸	<p>۱ بلی.....</p> <p>۲ خیر.....</p> <p>۸ نمی داند.....</p>	BF5. (نام) چند بار در شبانه روز گذشته شیر خشک خورده است؟
	تعداد دفعات.....	
BF8 ⇐ ۲	<p>۱ بلی.....</p> <p>۲ خیر.....</p> <p>۸ نمی داند.....</p>	BF6. آیا (نام) در شبانه روز گذشته شیر پاستوریزه، پودر شیر (بزرگسالان) یا شیر تازه حیوانی نوشیده است؟
BF8 ⇐ ۸	<p>۱ بلی.....</p> <p>۲ خیر.....</p> <p>۸ نمی داند.....</p>	BF7. (نام) در شبانه روز گذشته چند بار شیر پاستوریزه، پودر شیر یا شیر تازه حیوانی نوشیده است؟
	تعداد دفعات.....	
	<p>۱ بلی.....</p> <p>۲ خیر.....</p> <p>۸ نمی داند.....</p>	BF8. آیا (نام) در شبانه روز گذشته آب میوه طبیعی نوشیده است؟
	<p>۱ بلی.....</p> <p>۲ خیر.....</p> <p>۸ نمی داند.....</p>	BF9. آیا (نام) در شبانه روز گذشته سوپ رقیق، حریره بادام و یا هر غذای رقیق دیگر خورده است؟
	<p>۱ بلی.....</p> <p>۲ خیر.....</p> <p>۸ نمی داند.....</p>	BF10. آیا (نام) در شبانه روز گذشته مکمل ویتامینی یا مکمل مواد معدنی خورده است؟
	<p>۱ بلی.....</p> <p>۲ خیر.....</p> <p>۸ نمی داند.....</p>	BF10a. آیا (نام) در شبانه روز گذشته دارویی (قرص یا شربت) خورده است؟
	<p>۱ بلی.....</p> <p>۲ خیر.....</p> <p>۸ نمی داند.....</p>	BF11. آیا (نام) در شبانه روز گذشته ORS (محلول مایع درمانی خوراکی) نوشیده است؟
BF12 ⇐ ۲	<p>۱ بلی.....</p> <p>۲ خیر.....</p> <p>۸ نمی داند.....</p>	BF11a. آیا (نام) در شبانه روز گذشته ماست یا دوغ خورده است؟
BF12 ⇐ ۸	<p>۱ بلی.....</p> <p>۲ خیر.....</p> <p>۸ نمی داند.....</p>	BF11b. (نام) در شبانه روز گذشته چند بار ماست یا دوغ خورده است؟
	تعداد دفعات.....	
	<p>۱ بلی.....</p> <p>۲ خیر.....</p> <p>۸ نمی داند.....</p>	BF12. آیا (نام) در شبانه روز گذشته مایع دیگری (به جز موارد بالا مثل نوشابه و آب میوه بسته بندی شده) نوشیده است؟

BF18 ⇐ ۲ BF18 ⇐ ۸	۱ ..... بلی ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند	BF16. آیا (نام) در شبانه روز گذشته غذای جامد و یا نیمه جامد (مثل بیسکویت، نان پوره، فرنی، غذای آماده کودک و غذای سفره) خورده است؟
	تعداد دفعات ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	BF17. آیا (نام) در شبانه روز گذشته چند بار غذای جامد و یا نیمه جامد (مثل بیسکویت، نان، پوره، فرنی، غذای آماده کودک و غذای سفره) خورده است؟
	۱ ..... بلی ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند	BF18. آیا (نام) در شبانه روز گذشته چیزی را با شیشه پستانک خورده است؟
	۱ ..... بلی ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند	BF18a. آیا (نام) در حال حاضر عادت به استفاده از پستانک دارد؟

Snack Consumption		مصرف تنقلات
	۱ ..... بلی <input type="checkbox"/> ..... تعداد دفعات ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند	SC1. آیا (نام) در ۲۴ ساعت گذشته پفک خورده است؟
	۱ ..... بلی <input type="checkbox"/> ..... تعداد دفعات ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند	SC2. آیا (نام) در ۲۴ ساعت گذشته نوشابه خورده است؟
	۱ ..... بلی <input type="checkbox"/> ..... تعداد دفعات ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند	SC3. آیا (نام) در ۲۴ ساعت گذشته آب نبات و شکلات خورده است؟
	۱ ..... بلی <input type="checkbox"/> ..... تعداد دفعات ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند	SC4. آیا (نام) در ۲۴ ساعت گذشته چیپس خورده است؟
	۱ ..... بلی <input type="checkbox"/> ..... تعداد دفعات ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند	SC5. آیا (نام) در ۲۴ ساعت گذشته آب میوه بسته بندی شده خورده است؟

Care of Illness		مراقبت در زمان بیماری																																								
CA7 ⇐۲ CA7 ⇐۸	۱ ..... بلی ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند	CA1. آیا (نام) در طی ۲ هفته گذشته اسهال داشته است؟																																								
	۱ ..... خیلی کمتر ۲ ..... نسبتا کمتر ۳ ..... تقریبا همانقدر ۴ ..... بیشتر ۵ ..... اصلا مایعات داده نشد ۶ ..... نمی داند	CA2. به (نام) در زمانی که اسهال بود در مقایسه با مصرف همیشگی چه مقدار مایعات (از جمله شیر مادر) داده شد؟ کمتر از میزان همیشگی، حدودا به همان اندازه و یا بیشتر از میزان همیشگی. اگر کمتر بوده بپرسید: آیا به او خیلی کمتر از همیشه مایعات داده شد یا نسبتا کمتر؟																																								
	۱ ..... خیلی کمتر ۲ ..... نسبتا کمتر ۳ ..... تقریبا همانقدر ۴ ..... بیشتر ۵ ..... غذا دادن قطع شد ۸ ..... نمی داند	CA3. به (نام) در زمانی که اسهال بود در مقایسه با مصرف همیشگی چه مقدار غذا داده شد؟ کمتر از میزان همیشگی، حدودا به همان اندازه و یا بیشتر از میزان همیشگی. اگر "کمتر" بوده بپرسید: آیا به او خیلی کمتر از همیشه غذا داده شد یا نسبتا کمتر؟																																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>مایعات</th> <th>بلی</th> <th>خیر</th> <th>نمی داند</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>محلول ORS</td> <td>۱</td> <td>۲</td> <td>۸</td> </tr> <tr> <td>محلول خانگی شبیه ORS</td> <td>۱</td> <td>۲</td> <td>۸</td> </tr> <tr> <td>آب ساده</td> <td>۱</td> <td>۲</td> <td>۸</td> </tr> <tr> <td>چای کم رنگ شیرین</td> <td>۱</td> <td>۲</td> <td>۸</td> </tr> <tr> <td>سوپ یا آب سوپ</td> <td>۱</td> <td>۲</td> <td>۸</td> </tr> <tr> <td>آب میوه طبیعی</td> <td>۱</td> <td>۲</td> <td>۸</td> </tr> <tr> <td>نوشابه</td> <td>۱</td> <td>۲</td> <td>۸</td> </tr> <tr> <td>دوغ</td> <td>۱</td> <td>۲</td> <td>۸</td> </tr> <tr> <td>لعب برنج</td> <td>۱</td> <td>۲</td> <td>۸</td> </tr> </tbody> </table>	مایعات	بلی	خیر	نمی داند	محلول ORS	۱	۲	۸	محلول خانگی شبیه ORS	۱	۲	۸	آب ساده	۱	۲	۸	چای کم رنگ شیرین	۱	۲	۸	سوپ یا آب سوپ	۱	۲	۸	آب میوه طبیعی	۱	۲	۸	نوشابه	۱	۲	۸	دوغ	۱	۲	۸	لعب برنج	۱	۲	۸	CA4. آیا به (نام) در زمان اسهال مواردی را که نام می برم، داده شد؟ هر مورد را بلند خوانده و پاسخ را پیش از خواندن مورد بعدی ثبت کنید.
مایعات	بلی	خیر	نمی داند																																							
محلول ORS	۱	۲	۸																																							
محلول خانگی شبیه ORS	۱	۲	۸																																							
آب ساده	۱	۲	۸																																							
چای کم رنگ شیرین	۱	۲	۸																																							
سوپ یا آب سوپ	۱	۲	۸																																							
آب میوه طبیعی	۱	۲	۸																																							
نوشابه	۱	۲	۸																																							
دوغ	۱	۲	۸																																							
لعب برنج	۱	۲	۸																																							
CA5 ⇐۲ CA5 ⇐۸	۱ ..... بلی ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند	CA4a. آیا برای درمان اسهال (نام) به جایی مراجعه کردید یا از کسی برای درمان کمک گرفتید؟																																								
	<b>بخش دولتی</b> A..... بیمارستان دولتی B..... مرکز بهداشتی درمانی دولتی C..... خانه بهداشت D..... پایگاه بهداشتی E..... تیم سیار F..... داروخانه دولتی H..... سایر (مشخص کنید) _____ <b>بخش خصوصی</b> I..... بیمارستان / درمانگاه خصوصی J..... مطب خصوصی پزشک K..... داروخانه خصوصی L..... تیم سیار O..... سایر (مشخص کنید) _____ <b>منابع دیگر</b> P..... اقوام / دوستان Q..... مغازه یا عطاری R..... درمانگر سنتی X..... سایر (مشخص کنید) _____	CA4b. به کجا مراجعه کردید یا از چه کسی برای درمان کمک گرفتید؟ پرس و جو کنید: آیا به جای دیگری هم مراجعه کردید یا از کس دیگری برای درمان کمک گرفتید؟ تمام موارد ذکر شده را انتخاب کنید. پرس و جو کنید تا تمام جاهایی را که برای درمان مراجعه کرده است را مشخص کنید. اگر نمی تواند خصوصی یا دولتی بودن مرکز را مشخص نماید، نام آن را یادداشت کنید.																																								

<p>CA7 ⇐ ۲ CA7 ⇐ ۸</p>	<p>۱ ..... بلی ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند</p>	<p>CA5. آیا دارویی برای درمان اسهال به (نام) داده شد؟</p>
	<p>قرص یا شربت A ..... آنتی بیوتیک B ..... ضد اسهال C ..... روی (زینک) G ..... داروی دیگر ( غیر از آنتی بیوتیک ، ضداسهال و روی) H ..... قرص یا داروی نامعلوم  L ..... تزریق آنتی بیوتیک M ..... تزریق غیر آنتی بیوتیک N ..... تزریق نامعلوم O ..... سرم داخل وریدی Q ..... درمان خانگی / گیاهی X ..... سایر (مشخص کنید)</p>	<p>CA6. چه داروهایی برای درمان اسهال به ( نام) داده شد؟ پرس و جو کنید: آیا داروی دیگری هم داده شد؟ تمام داروهای داده شده را انتخاب کنید. نام تمام انواع داروهای ذکر شده را بنویسید.  (نام داروها)</p>
<p>CA13a ⇐ ۲ CA13a ⇐ ۸</p>	<p>۱ ..... بلی ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند</p>	<p>CA7. آیا (نام) در طی ۲ هفته گذشته بیماری همراه با سرفه داشته است؟</p>
<p>CA13a ⇐ ۲ CA13a ⇐ ۸</p>	<p>۱ ..... بلی ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند</p>	<p>CA8. زمانی که (نام) بیماری همراه با سرفه داشت، آیا سریع تر از حد معمول و با نفس های کوتاه و تند و یا به سختی نفس می کشید؟</p>
<p>CA12 ⇐ ۲ CA12 ⇐ ۸</p>	<p>۱ ..... بلی ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند</p>	<p>CA10. آیا برای درمان مشکل تنفسی ( نام) به جایی مراجعه کردید یا از کسی برای درمان کمک گرفتید؟</p>
	<p><b>بخش دولتی</b> A ..... بیمارستان دولتی B ..... مرکز بهداشتی درمانی دولتی C ..... خانه بهداشت D ..... پایگاه بهداشتی E ..... تیم سیار F ..... داروخانه دولتی H ..... سایر (مشخص کنید)  <b>بخش خصوصی</b> I ..... بیمارستان / درمانگاه خصوصی J ..... مطب خصوصی پزشک K ..... داروخانه خصوصی L ..... تیم سیار O ..... سایر (مشخص کنید)  <b>منابع دیگر</b> P ..... اقوام / دوستان Q ..... مغازه یا عطاری R ..... درمانگر سنتی X ..... سایر (مشخص کنید)</p>	<p>CA11. به کجا مراجعه کردید یا از چه کسی برای درمان کمک گرفتید؟ پرس و جو کنید: آیا به جای دیگر هم مراجعه کردید یا از کس دیگری برای درمان کمک گرفتید؟ تمام موارد ذکر شده را انتخاب کنید. پرس و جو کنید تا تمام جاهایی را که مراجعه کرده است را مشخص کنید. اگر نمی تواند خصوصی یا دولتی بودن مرکز را مشخص نماید، نام آن را یادداشت کنید.</p>
<p>CA13a ⇐ ۲ CA13a ⇐ ۸</p>	<p>۱ ..... بلی ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند</p>	<p>CA12. آیا برای درمان سرفه به (نام) دارو داده شد؟</p>



	<p>A ..... قرص یا شربت آنتی بیوتیک</p> <p>B ..... آنتی بیوتیک تزریقی</p> <p>P ..... استامینوفن</p> <p>R ..... ایبوپروفن</p> <p>S ..... ضدسرفه</p> <p>Q ..... اسپری تنفسی</p> <p>X ..... سایر (مشخص کنید) _____</p> <p>Z ..... نمی داند</p>	<p>CA13. چه دارویی داده شد؟</p> <p>پرس و جو کنید؟</p> <p>آیا داروی دیگری هم داده شد؟</p> <p>تمام داروهای تجویز شده را انتخاب کنید. نام تمام انواع داروهای ذکر شده را بنویسید.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">نام داروها</p>
--	--	--

	<p>۱ ..... بلی</p> <p><input type="checkbox"/> ..... تعداد روزها</p> <p>۲ ..... خیر</p> <p>۸ ..... نمی داند</p>	<p>CA13a. آیا (نام) در طی هفته گذشته، در داخل منزل (فضای بسته)، در معرض دود مواد دخانی (سیگار، قلیان، پیپ ... ) قرار گرفت؟</p>
<p>CA14. سوال AG2 را کنترل کنید: سن کودک</p> <p><input type="checkbox"/> ۰، ۱ و یا ۲ است ← با CA15 ادامه دهید.</p> <p><input type="checkbox"/> ۳ و ۴ است ← به بخش ایمن سازی بروید.</p>		
<p>۰۱ ..... کودک از توالت استفاده کرد</p> <p>۰۲ ..... به توالت ریخته شد</p> <p>۰۳ ..... به جوی یا فاضلاب ریخته شد</p> <p>۰۴ ..... به زباله ریخته شد (زباله جامد)</p> <p>۰۵ ..... دفن شد</p> <p>۰۶ ..... در فضای آزاد رها شد</p> <p>۹۶ ..... سایر (مشخص کنید) _____</p> <p>۹۸ ..... نمی داند</p>	<p>CA15. آخرین باری که (نام) اجابت مزاج داشته، مدفوع او به کجا ریخته شد؟</p>	

ایمن سازی			Immunization
<p>اگر کارت واکسیناسیون در دسترس است، تاریخ هر یک از واکسن های ثبت شده در کارت را در IM3 وارد کنید. IM6-IM16 فقط زمانی پرشده می شوند که کارت در دسترس نباشد.</p>			
<p>IM3 ⇐ ۱ IM6 ⇐ ۲</p>	<p>۱ ..... بلی، دیده شد ۲ ..... بلی، دیده نشد ۳ ..... ندارد ۸ ..... نمی داند</p>	<p>IM1. آیا کارتی دارید که واکسن های (نام) در آن ثبت شده باشد؟ (اگر بلی) ممکن است آن را ببینیم؟</p>	
<p>IM6 ⇐ ۱ IM6 ⇐ ۲</p>	<p>۱ ..... بلی ۲ ..... خیر</p>	<p>IM2. آیا (نام) قبلا کارت واکسیناسیون داشته است؟</p>	
<p>تاریخ واکسیناسیون</p>		<p>IM3. در صورتی که کارت را مشاهده کردید: الف) تاریخ هر واکسن را از روی کارت بنویسید. ب) اگر کارت نشان می دهد که واکسیناسیون انجام شده اما تاریخی وجود ندارد در ستون روز ۴۴ را ثبت کنید</p>	
	<p>روز</p>	<p>ماه</p>	<p>سال</p>
			<p>سل BCG</p>
			<p>فلج اطفال بدو تولد OPV0</p>
			<p>فلج اطفال ۱ OPV1</p>
			<p>فلج اطفال ۲ OPV2</p>
			<p>فلج اطفال ۳ OPV3</p>
			<p>فلج اطفال یادآور اول OPV</p>
			<p>سه گانه ۱ DPT1</p>
			<p>سه گانه ۲ DPT2</p>
			<p>سه گانه ۳ DPT3</p>
			<p>سه گانه یادآور اول DPT</p>
			<p>هپاتیت ب ۱ H1</p>
			<p>هپاتیت ب ۲ H2</p>
			<p>هپاتیت ب ۳ H3</p>
			<p>سرخک، سرخجه و اوریون ۱ MMR 1</p>
			<p>سرخک، سرخجه و اوریون ۲ MMR 2</p>
<p>IM4. سوال IM3 را کنترل کنید. آیا تمام واکسن ها (از سل تا MMR 2) ثبت شده است؟ <input type="checkbox"/> بلی ← به بخش مالاریا بروید. <input type="checkbox"/> خیر ← با IM5 ادامه دهید.</p>			
<p>۲ ⇐ بخش مالاریا ۸ ⇐ بخش مالاریا</p>	<p>۱ ..... بلی (در مورد واکسن ها پرس و جو کنید و برای هر واکسن در ستون روز کد "۴۴" را ثبت کنید سپس به بخش مالاریا بروید.) ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند</p>	<p>IM5. آیا (نام) علاوه بر آنچه در این کارت ذکر شده واکسن دیگری (از جمله واکسن های مربوط به بسیج ملی واکسیناسیون) دریافت کرده است؟ فقط در صورتی پاسخ "بلی" را علامت بزنید که پاسخگو به واکسن هایی که در جدول بالا آمده است، اشاره کند.</p>	
<p>۲ ⇐ بخش مالاریا ۸ ⇐ بخش مالاریا</p>	<p>۱ ..... بلی ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند</p>	<p>IM6. آیا (نام) واکسنی (هر واکسنی از جمله واکسن های بسیج واکسیناسیون) برای پیشگیری از بیماری دریافت کرده است؟</p>	
	<p>۱ ..... بلی ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند</p>	<p>IM7. آیا (نام) تاکنون واکسن BCG برای پیشگیری از سل (تزریقی در بازو یا شانه که معمولاً جوشگاه باقی می گذارد) دریافت کرده است؟</p>	

<p>IM11 ⇐ ۲ IM11 ⇐ ۸</p>	<p>۱ ..... بلی ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند</p>	<p>IM8. آیا (نام) تاکنون واکسن برای پیشگیری از فلج اطفال (به صورت قطره خوراکی) دریافت کرده است؟</p>
	<p>۱ ..... ۲ هفته اول ۲ ..... دیرتر ۸ ..... نمی داند</p>	<p>IM9. آیا اولین واکسن فلج اطفالی که (نام) دریافت کرد در ۲ هفته نخست پس از تولد بود یا دیرتر؟</p>
	<p><input type="text"/> ..... تعداد دفعات ۸ ..... نمی داند</p>	<p>IM10. (نام) چند بار واکسن فلج اطفال دریافت کرده است؟</p>
<p>IM13 ⇐ ۲ IM13 ⇐ ۸</p>	<p>۱ ..... بلی ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند</p>	<p>IM11. آیا (نام) تاکنون واکسن سه گانه (تزریق در ران) برای پیشگیری از بیماریهای دیفتری، کزاز و سیاه سرفه دریافت کرده است؟ با ذکر این نکته که واکسن سه گانه گاهی همزمان با فلج اطفال تزریق می شود، پرس و جو کنید.</p>
	<p><input type="text"/> ..... تعداد دفعات ۸ ..... نمی داند</p>	<p>IM12. (نام) چند بار واکسن سه گانه دریافت کرده است؟</p>
<p>IM16 ⇐ ۲ IM16 ⇐ ۸</p>	<p>۱ ..... بلی ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند</p>	<p>IM13. آیا (نام) تاکنون واکسن هپاتیت ب (تزریق در ران یا باسن) برای پیشگیری از بیماری هپاتیت ب دریافت کرده است؟  با ذکر این نکته که واکسن هپاتیت گاهی هم زمان با فلج اطفال و سه گانه تزریق می شود، پرس و جو کنید.</p>
	<p>۱ ..... طی ۲۴ ساعت ۲ ..... دیرتر ۸ ..... نمی داند</p>	<p>IM14. آیا اولین واکسن هپاتیت ب در ۲۴ ساعت نخست پس از تولد دریافت شد یا دیرتر؟</p>
	<p><input type="text"/> ..... تعداد دفعات ۸ ..... نمی داند</p>	<p>IM15. (نام) چند بار واکسن هپاتیت ب دریافت کرده است؟</p>
	<p>۱ ..... بلی ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند</p>	<p>IM16. آیا (نام) تاکنون واکسن MMR برای پیشگیری از سرخک، سرخچه و اوریون (تزریقی در بازو یا ران که در ۱۲ و ۱۸ ماهگی انجام می شود) دریافت کرده است؟</p>

Malaria		مالاریا
UF16 ⇐ ۲ UF16 ⇐ ۸	۱ ..... بلی ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند	ML1. آیا طی ۲ هفته گذشته (نام) بیماری تب دار داشته است؟
	۱ ..... بلی ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند	ML2. آیا طی دوره بیماری نمونه خون از انگشت یا پاشنه پای (نام) برای آزمایش گرفته شد؟
ML8 ⇐ ۲ ML8 ⇐ ۸	۱ ..... بلی ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند	ML3. آیا برای درمان به جایی مراجعه کردید؟
	بخش دولتی A..... بیمارستان دولتی B..... مرکز بهداشتی درمانی دولتی C..... خانه بهداشت D..... پایگاه بهداشتی E..... تیم سیار F..... داروخانه دولتی H..... سایر (مشخص کنید) بخش خصوصی I..... بیمارستان / درمانگاه خصوصی J..... مطب خصوصی پزشک K..... داروخانه خصوصی L..... تیم سیار O..... سایر (مشخص کنید)	ML4. به کجا مراجعه کردید؟ پرس و جو کنید: آیا به جای دیگر هم مراجعه کردید؟ تمام موارد ذکر شده را انتخاب کنید. پرس و جو کنید تا تمام جاهایی را که مراجعه کرده است را مشخص کنید. اگر نمی تواند خصوصی یا دولتی بودن مرکز را مشخص نماید، نام آن را یادداشت کنید.
ML7 ⇐ ۲ ML7 ⇐ ۸	۱ ..... بلی ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند	ML5. آیا هنگامی که برای درمان مراجعه کردید، دارویی برای درمان تب یا مالاریا به (نام) داده شد؟
	ضد مالاریا: A..... فنسیدار / SP B..... کلروکین C..... آمودیاکین D..... آکینین E..... ترکیب با آرتمیسینین H..... سایر داروهای ضد مالاریا (مشخص کنید) I..... قرص یا شربت آنتی بیوتیک J..... آنتی بیوتیک تزریقی P..... استامینوفن O..... آسپیرین R..... ایبوپروفن X..... سایر داروها (مشخص کنید) Z..... نمی داند	ML6. چه دارویی تجویز شد؟ پرس و جو کنید: آیا داروی دیگری هم داده شد؟ تمام داروهای ذکر شده را انتخاب کنید. نام تمام داروهای تجویز شده را بنویسید. نام داروها
ML9 ⇐ ۱ ML10 ⇐ ۲ ML10 ⇐ ۸	۱ ..... بلی ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند	ML7. آیا پیش از مراجعه جهت درمان، هیچ گونه دارویی برای درمان تب یا مالاریا به (نام) داده شده بود؟
ML10 ⇐ ۲ ML10 ⇐ ۸	۱ ..... بلی ۲ ..... خیر ۸ ..... نمی داند	ML8. آیا طی این بیماری دارویی برای درمان تب یا مالاریا به (نام) داده شد؟

<p>ضد مالاریا:</p> <p>A ..... فنسیدار / SP</p> <p>B ..... کلروکین</p> <p>C ..... آمودیاکین</p> <p>D ..... آکینین</p> <p>E ..... ترکیب با آرتمیسینین</p> <p>H ..... دیگر داروهای ضد مالاریا (مشخص کنید) _____</p> <p>I ..... قرص یا شربت آنتی بیوتیک</p> <p>J ..... آنتی بیوتیک تزریقی</p> <p>P ..... استامینوفن</p> <p>O ..... آسپیرین</p> <p>R ..... ایبوپروفن</p> <p>X ..... داروهای دیگر (مشخص کنید) _____</p> <p>Z ..... نمی داند</p>	<p>ML9. چه دارویی داده شد؟</p> <p>پرس و جو کنید:</p> <p>آیا داروی دیگری هم داده شد؟</p> <p>تمام داروهای ذکر شده را انتخاب کنید. نام تمام داروهای تجویز شده را بنویسید.</p> <p>نام داروها _____</p>
<p>ML10. سوال ML6 و ML9 را کنترل کنید: آیا درمان ضد مالاریا ذکر شده است (کدهای A تا H)؟</p> <p><input type="checkbox"/> بلی ← با ML11/ادامه دهید.</p> <p><input type="checkbox"/> خیر ← با UF16/ادامه دهید.</p>	
<p>• ..... همان روز</p> <p>۱ ..... روز بعد</p> <p>۲ ..... روز بعد از تب</p> <p>۳ ..... روز بعد از تب</p> <p>۴ ..... روز بعد از تب یا بیشتر</p> <p>۸ ..... نمی داند</p>	<p>ML11. (نام) چه مدت پس از شروع تب، برای بار اول ( نام داروی ضد مالاریا از ML6 یا ML9) را دریافت کرد؟</p> <p>اگر در ML6 یا ML9 چند داروی ضد مالاریا ذکر شده است تمام داروهای ضد مالاریای ذکر شده را نام ببرید.</p>

UF16. زمان را ثبت کنید.

ساعت:   دقیقه:

UF17. آیا پاسخگو مادر یا مراقب کودک ۰ تا ۴ ساله دیگری در این خانوار هست؟

بلی ← به پاسخگو بگویید که شما باید وزن و قد کودک را بعداً اندازه بگیرید. به پرسشنامه کودکان کمتر از پنج سال بعدی که باید با کمک همین پاسخگو تکمیل شود، مراجعه کنید.

خیر ← ضمن تشکر از همکاری، مصاحبه با این پاسخگو را به پایان برسانید و بگویید که شما باید وزن و قد کودک را اندازه بگیرید.

بررسی کنید که آیا پرسشنامه کودکان کمتر از ۵ سال یا پرسشنامه زنان دیگری در این خانوار باید تکمیل شود یا خیر.

به پرسشنامه کودکان کمتر از ۵ سال یا پرسشنامه زنان بعدی بروید یا برای اندازه گیری های قد و وزن تمامی کودکان واجد شرایط در خانوار هماهنگی به عمل آورید.

Anthropometry		تن سنجی
<p>پس از آنکه پرسشنامه های تمام کودکان تکمیل شد، قد و وزن هر کودک را اندازه گیری کنید و در محل مربوطه در زیر ثبت کنید. دقت کنید که اندازه ها را برای هر کودک در پرسشنامه مربوط به خودش ثبت نمایید. پیش از ثبت اندازه ها نام و شماره ردیف کودک در برگه فهرست خانوار را بررسی کنید.</p>		
	نام: <input type="text"/>	AN1. نام و شماره شناسایی فرد اندازه گیری کننده :
AN6 ⇐ ۲ AN6 ⇐ ۳ AN6 ⇐ ۲	۱ ..... قد یا وزن و یا هر دو اندازه گیری شد. ۲ ..... کودک در محل نبود..... ۳ ..... کودک یا مراقب اجازه اندازه گیری نداد..... ۶ ..... سایر (مشخص کنید) _____	AN2. نتیجه اندازه گیری قد و وزن
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... کیلو گرم ۹۹.۹ ..... وزن اندازه گیری نشد.....	AN3. وزن کودک
	۱ ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... قد خوابیده (سانتی متر) ۲ ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... قد ایستاده (سانتی متر) ۹۹۹۹.۹ ..... قد اندازه گیری نشد.....	AN4. قد کودک سن کودک را از روی AG2 کنترل کنید: <input type="checkbox"/> کودک کمتر از ۲ سال دارد ⇐ قد را خوابیده اندازه بگیرید <input type="checkbox"/> کودک ۲ سال یا بیشتر دارد ⇐ قد را ایستاده اندازه بگیرید.
	بررسی شد ۱ ..... ادم وجود دارد..... ۲ ..... ادم وجود ندارد..... ۳ ..... نامطمئن..... ۷ ..... بررسی نشد (دلیل را ذکر کنید) _____	AN5. ادم مشاهده و ثبت کنید.

AN6. آیا کودک دیگری واجد شرایط اندازه گیری در خانوار هست؟

بلی ⇐ اندازه های کودک بعدی را ثبت کنید.

خیر ⇐ ضمن تشکر از تمام شرکت کنندگان ، مصاحبه با این خانوار را تمام کنید.

تمام پرسشنامه های این خانوار را یک جا جمع کرده و بررسی کنید که آیا تمام شماره های شناسایی روی هر صفحه قید شده است یا خیر. تعداد مصاحبه های انجام شده را با برگه اطلاعات خانوار تطبیق دهید.

مشاهدات مصاحبه گر

مشاهدات بازیبن میدانی

مشاهدات ناظر دانشگاهی / میدانی

موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران و معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

۱۳۸۹