

## $\mathbf{Q1} \\ \text{``questionnaire de recrutement''}$



<b>IDENTIFICATION</b>					
Nom et contact de la personne qui rempli	t le				
questionnaire		032 / 033 _	/ 034 /		
Identité du Moniteur d'Etude Clinique (MEC)		032 / 033 _	/034/		
Type d'inclusion pré-inclusion		□ Oui / □ Non □ Oui / □ Non			
inclusion					
Date					
Lieu		☐ Hôpital / ☐ Centre de santé / ☐ Matrone / ☐ Autre Si "Autre", préciser:			
T1 (10)		Si Aute, presser.			
Identifiant mère					
Identifiant bébé Date de naissance de la mère					
Date de naissance de la mere		LL/LL(Mois / Année)			
CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES					
Site	□ U1	rbain /   Rural			
Situation matrimoniale	☐ Célibataire / ☐ Union libre / ☐ Mariée / ☐ Divorcée / ☐ Veuve				
Scolarité	☐ Absence / ☐ Primaire / ☐ Secondaire partiel / ☐ Secondaire total / ☐ Universitaire				
Métier	□ Oui / □ Non				
	Si "Oı	ui", préciser:			
		☐ Cadre supérieur / ☐ Employer de bureau / ☐ Employer manuel avec qualification			
		nployer manuel sans quali			
Possédez-vous l'électricité ?					
Quel type de latrines possédez-vous?	☐ Extérieur avec chasse d'eau / ☐ Extérieur sans chasse d'eau				
guet type de tunimes posseded, com t		☐ Intérieur avec chasse d'eau / ☐ Intérieur sans chasse d'eau			
Combien de personnes vivent à votre domicile ?					
ANTECEDENTS MEDICAUX ET OBSTETRICAUX					
Gestité		Nombre			
Parité Nombre					
Nombre d'enfant nés vivants					
Nombre d'enfant vivant au moment de l'inclusion					
Nombre de mort-né (après 22 SA)					
Nombre d'avortement					
Avez-vous eu un enfant décédé ?			□ Oui / □ Non		
•			Si "Oui", quel âge?		
			$\square$ 0 – 28j / $\square$ 1 – 6 mois / $\square$ 7 mois – 1 an		
L'enfant est-il décédé d'une infection ?			$\square$ 1 – 5 ans / $\square$ > 5 ans		
L'enjant est-it decede à une injection ?			☐ Oui / ☐ Non ☐ Ne sait pas		
			□ INE SAIL DAS		

HISTOIRE DE LA C	GROSSESSE ACTUELLE		
Qui a suivi votre grossesse ?	☐ Safe-femme / ☐ Infirmière / ☐ Matrone / ☐ Médecin / ☐ Pas de suivi		
	☐ Autre:		
Combien de fois avez-vous consulté durant cette grossesse			
(incluant cette visite s'il s'agit d'une pré-inclusion) ?			
Avez-vous pris du fer pendant la grossesse ?	□ Oui / □ Non / □ Ne sait pas		
Avez-vous pris des folates pendant la grossesse ?	☐ Oui / ☐ Non / ☐ Ne sait pas		
Le prélèvement vaginal a-t-il été fait	□ Oui / □ Non		
(s'il s'agit d'une pré-inclusion) ?	Si "Oui", Résultat:		
	☐ Positif pour le streptocoque B		
	☐ Négatif		
	☐ Ne sait pas		
	☐ Positif pour un autre germe ; préciser :		
	PALUSTRE PENDANT LA GROSSESSE		
Avez-vous pris des médicaments contre le paludisme penda	nt la grossesse? ☐ Oui / ☐ Non / ☐ Ne sait pas Si "Oui";		
	Combien de fois?		
	Lequel?		
	A quelle date?		
Avez-vous dormi sous une moustiquaire la nuit dernière?	□ Oui / □ Non		
EXAME	N CLINIQUE		
Périmètre brachial (cm)			
Date prévue d'accouchement (s'il s'agit d'une pré-inclusion)			
	☐ Ne sait pas		