

أولاً: نموذج خاص بالأطفال ما دون الخمس سنوات

يُستوفى هذا النموذج من جميع الأمهات أو مقدمي الرعاية (كما هو وارد في الـ HL8) الذين يهتمون بالأطفال ما دون الخامسة من العمر والمقيمين في المسكن (كما هو وارد في الـ HL5).
قم بتعبئة إستمارة واحدة لكل طفل معني على حدى.

UF1	رقم الجزيرة	UF2	رقم الأسرة
UF3	اسم الطفل المعني	UF4	الرقم التسلسلي للطفل
UF5	اسم الأم / أو مقدم الرعاية	UF6	الرقم التسلسلي له / لها
UF10	ما هو تاريخ ميلاده/ها ؟		اليوم اليوم غير معروف
			الشهر الشهر غير معروف
			السنة
UF11	كم كان عمر (الإسم) في عيد مولده/ها السابق ؟		العمر بالسنوات الكاملة

ثانياً - نموذج تسجيل الولادة والتعليم المبكر		انتقل إلى		
يُستوفى هذا النموذج من جميع الأمهات أو مقدمي الرعاية الذين يهتمون بالأطفال ما دون الخامسة من العمر والمقيمين في المسكن.				
BR5 ← 1	<p>1. نعم، تمت رؤية الوثيقة</p> <p>2. نعم، لم تتم رؤية الوثيقة</p> <p>3. كلا</p> <p>8. لا أعرف</p>	<p>هل لدى (الإسم) وثيقة ولادة ؟</p> <p>(هل يمكنني أن أراها ؟)</p>		
BR5 ← 1	<p>1. نعم</p> <p>2. كلا</p> <p>8. لا اعرف</p>	<p>هل تمّ تسجيل (الإسم) في سجل الاحوال الشخصية ؟</p>		
BR4 ← 8	<p>1. التكلفة العالية</p> <p>2. المسافة بعيدة للوصول إلى مكان التسجيل</p> <p>3. لم يكن يعرف أن عليه تسجيل ولادة الطفل</p> <p>4. لم يكن يريد دفع جزاء عدم التسجيل</p> <p>5. لا يعرف مكان التسجيل</p> <p>6. غيره، حدد.....</p> <p>8. لا يعرف</p>	<p>لماذا لم يتم تسجيل ولادة (الإسم) ؟</p>		
	<p>1. نعم</p> <p>2. كلا</p>	<p>هل تعرف كيفية تسجيل ولادة طفلك ؟</p>		
BR8 ← 1	<p>1. نعم</p> <p>2. كلا</p>	<p>للأطفال بعمر 3 أو 4 سنوات:</p> <p>هل التحق (الإسم) بأي صف مدرسي ؟</p>		
BR8 ← 2	<p>1. نعم</p> <p>2. كلا</p> <p>8. لا أعرف</p>	<p>هل التحق (الإسم) بأية مؤسسة لحضانة الأطفال (Garderie) ؟</p>		
BR8 ← 8	<p>عدد الساعات</p>	<p>خلال الـ 7 أيام الماضية، كم بلغ عدد الساعات التي التحق فيها (الإسم) ؟</p>		
<p>خلال الـ 3 أيام الماضية، هل قمت أو قام أحد أفراد أسرتك البالغ 15 سنة أو أكثر، بأي من النشاطات التالية مع (الإسم) ؟</p>				
	<p>لا أحد</p> <p>آخرون</p> <p>الأب</p> <p>الأم</p>	<p>(إذا نعم، ضع دائرة حول الرموز المناسبة).</p>		
Y	X	B	A	<p>قراءة الكتب أو الإطلاع على كتب مصورة مع (الإسم) ؟</p>
Y	X	B	A	<p>رواية قصص (للإسم) ؟</p>
Y	X	B	A	<p>غناء مع (الإسم) ؟</p>
Y	X	B	A	<p>أخذ (الإسم) خارج المنزل، خارج المجمع السكني،...؟</p>
Y	X	B	A	<p>اللعب مع (الإسم) ؟</p>
Y	X	B	A	<p>تمضية بعض الوقت مع (الإسم)، في الرسم أو تعلم الأسماء والأعداد ؟</p>

ثالثاً - نموذج نمو الأطفال

يُستوفى هذا النموذج من جميع الأمهات أو مقدمي الرعاية الذين يهتمون بالأطفال ما دون الخامسة من العمر والمقيمين في المسكن.

يُطرح السؤال CE1 مرّة واحدة فقط على كل مقدّم رعاية في المسكن.

<ul style="list-style-type: none"> • عدد الكتب الغير مخصصة للأطفال • دون 10 في حال كان عدد الكتب عشرة أو أكثر • دون 00 في حال الإجابة بـ "لا يوجد" 	<p>CE1</p> <p>كم هو عدد الكتب الموجودة في المنزل ؟ (من ضمنها الكتب المدرسية باستثناء الكتب المخصصة للأطفال ما دون الخمس سنوات)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • عدد الكتب المخصصة للأطفال • دون 10 في حال كان عدد الكتب عشرة أو أكثر • دون 00 في حال الإجابة بـ "لا يوجد" 	<p>CE2</p> <p>كم هو عدد كتب الأطفال أو الكتب المصوّرة المخصصة (للإسم) ؟</p>	
<p>CE3</p> <p>أنا مهتم بالتعرف على الأشياء التي يلعب بها (الإسم) عندما يكون في البيت. بماذا يلعب (الإسم) ؟ هل يلعب/تلعب بـ :</p>		
<p>A. أغراض المنزل (الجوطة، الصحون، الكؤوس أو الأواني)</p> <p>B. أشياء ومواد موجودة خارج المسكن (العصي، الصخور، الحيوانات، الصدف أو أوراق الشجر)</p> <p>C. ألعاب مصنوعة في البيت (الدمى، السيارات والألعاب الأخرى المصنوعة في البيت)</p> <p>D. ألعاب من المحلات</p> <p>Y. ليس أياً مما سبق</p>	<p>إستفسر لتعلم بدقة، الأشياء التي يلعب بها الطفل للتأكد من الإجابة.</p> <p>(ضع دائرة حول الرموز المناسبة)</p>	
<p>CE4</p> <p>أحياناً يضطر البالغون القائمون على رعاية الأطفال إلى مغادرة المنزل للتسوق أو غسل الملابس أو لأسباب أخرى، فيرغموا على ترك الأطفال الصغار مع أشخاص آخرين.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • عدد المرات • دون 00 في حال الإجابة بـ "أبدأ" 	<p>خلال الـ 7 أيام الماضية، كم عدد المرات التي ترك فيها (الإسم) في رعاية طفل آخر (شخص دون سن العاشرة) ؟</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • عدد المرات • دون 00 في حال الإجابة بـ "أبدأ" 	<p>خلال الـ 7 أيام الماضية، كم عدد المرات التي ترك فيها (الإسم) لوحده ؟</p>	

رابعاً - نموذج الرضاعة الطبيعية		انتقل إلى
يُستوفى هذا النموذج من جميع الأمهات أو مقدمي الرعاية الذين يهتمون بالأطفال ما دون الخمس سنوات من العمر والمقيمين في المسكن.		
BF1	هل سبق أن رضع (الإسم) رضاعة طبيعية ؟ 1. نعم 2. كلا 8. لا اعرف	BF3 ← 2 BF3 ← 8
BF2	هل ما زال/زالت يرضع/ترضع حتى الآن ؟ 1. نعم 2. كلا 8. لا اعرف	
BF3	منذ يوم أمس، في تمام هذا الوقت، هل تناول/تناولت أيًا مما يلي ؟ (اقرأ بصوت عال كل من الأسئلة وسجّل الإجابة قبل الانتقال إلى السؤال التالي)	
BF3A	فيتامينات، أدوية ومعادن	نعم كلا لا أعرف
BF3B	ماء صافي	8 2 1
BF3C	ماء محلى أو مضاف إليه نكهة أو عصير فواكه أو شاي أو زهورات	8 2 1
BF3D	شراب معالجة الإسهال (مصل، Pedialyte)	8 2 1
BF3E	غذاء الرضع (Cérelac,...)	8 2 1
BF3F	حليب معلب، مسحوق أو طازج	8 2 1
BF3G	أيّة سوائل أخرى	8 2 1
BF3H	طعام جامد أو شبه جامد (مهروس) (Blédina,...)	8 2 1
BF4	راجع BF3H: هل تناول الطفل طعاماً جامداً أو شبه جامد (مهروس) ؟	1. نعم 2. كلا / لا اعرف
BF5	منذ يوم أمس، في تمام هذا الوقت، كم مرة تناول (الإسم) طعاماً جامداً أو شبه جامد أو أطعمة رخوة غير السوائل ؟	• عدد المرات 7. في حال تناول 7 مرات أو أكثر 8. إذا كان الرقم غير معروف

خامساً - نموذج الرعاية المرضية (الإسهال)		انتقل إلى
يُستوفى هذا النموذج من جميع الأمهات أو مقدمي الرعاية الذين يهتمون بالأطفال ما دون الخامسة من العمر والمقيمين في المسكن.		
CA1	هل أصيب (الإسم) بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين، أي منذ (يوم) من الأسبوع ما قبل الماضي ؟ (تفيد الأم أو مقدم الرعاية الرئيسي بإصابة (الإسم) بما تعتبره هي أنه إسهال، أو بأن (الإسم) أخرج برازاً سائلاً أو غير متماسك ثلاث مرات أو أكثر في يوم واحد، أو وجد دم في برازه).	1. نعم 2. كلا 8. لا أعرف
CA2	خلال الإصابة الأخيرة بالإسهال، هل شرب (الإسم) أي مما يلي: (اقرأ بصوت عالٍ كل من الأسئلة وسجل الإجابة قبل الانتقال إلى السؤال التالي)	لا اعرف
CA2A	سائل شراب معالجة الإسهال (مصل، Pedialyte)	1 2 8
CA2B	سوائل منزلية موصى بها من قبل الحكومة (ماء الرز أو ماء بالملح والسكر)	1 2 8
CA2C	ظروف معبأة لمعالجة الإسهال (GES45, Picolite, ORS friso)	1 2 8
CA3	خلال إصابة (الإسم) بالإسهال، هل تناول/تناولت سوائل أقل بكثير من المعتاد، نفس الشيء تقريباً أو أكثر من المعتاد ؟ (السوائل تتضمن حليب الرضاعة الطبيعية)	1. أقل بكثير من المعتاد أو لا شيء 2. نفس الشيء تقريباً (أو أقل نوعاً ما) 3. أكثر من المعتاد 8. لا اعرف
CA4	خلال إصابة (الإسم) بالإسهال، هل تناول/تناولت طعام أقل بكثير من المعتاد، نفس الشيء تقريباً أو أكثر من المعتاد ؟ إذا كان الجواب "أقل"، تحقق بدقة: أقل بكثير من المعتاد أو أقل بقليل ؟	1. لا شيء 2. أقل بكثير من المعتاد 3. أقل بقليل من المعتاد 4. نفس الشيء تقريباً (كالمعتاد) 5. أكثر من المعتاد 8. لا اعرف
CA5	هل أصيب (الإسم) بالسعال خلال الأسبوعين السابقين ؟ يعني منذ يوم..... من الأسبوع قبل الماضي ؟	1. نعم 2. كلا 8. لا أعرف
CA6	عندما أصيب (الإسم) بالسعال، هل تنفس أسرع من المعتاد بأنفاس قصيرة، سريعة أو عانى من صعوبة في التنفس ؟	1. نعم 2. كلا 8. لا أعرف
CA7	هل كانت هذه الأعراض بسبب مشكلة في الصدر أو إنسداد في الأنف ؟	1. مشكلة في الصدر 2. إنسداد في الأنف 3. كلاهما 6. غيره، حدّد..... 8. لا أعرف

انتقل إلى		سادساً - نموذج التحصين ضد أمراض الطفولة	
		يُستوفى هذا النموذج من جميع الأمهات أو مقدمي الرعاية الذين يهتمون بالأطفال ما دون الخامسة من العمر والمقيمين في المسكن.	
IM10 ← 2 IM10 ← 3	لا	1. نعم، تمّ الإطلاع عليها 2. نعم، لم يتمّ الإطلاع عليها 3. كلا	هل لدى (الإسم) بطاقة مخصصة للقاحات (التطعيم) ؟
إذا كانت بطاقة اللقاحات (التطعيم) متوفرة، سجّل التواريخ من IM1A ← IM6C لكل نوع من اللقاحات المسجلة على البطاقة. الأسئلة من IM10 ← IM17C معدة فقط لتسجيل اللقاحات في حال عدم وجود بطاقة أو سجل صحي، أو في حال وجود البطاقة وعدم الإطلاع عليها.			
تاريخ التطعيم			(أ) سجّل تاريخ كل لقاح كما ورد في البطاقة. (ب) سجّل " 44 " في خانة الأيام إذا ورد اللقاح في البطاقة ولم يسجّل تاريخه. (ج) سجّل " 66 " في خانة الأيام إذا تلقى الطفل لقاح عن طريق حملات أو أيام التحصين ضد الأمراض. (د) سجّل " 77 " في خانة الأيام إذا لم يتلقَ الطفل اللقاح.
السنة	الشهر	اليوم	
_____	__	__	IM1A جرعة لقاح التهاب الكبد الوبائي 0 HepB0
_____	__	__	IM3B جرعة لقاح شلل الأطفال 1 OPV1
_____	__	__	IM3C جرعة لقاح شلل الأطفال 2 OPV2
_____	__	__	IM3D جرعة لقاح شلل الأطفال 3 OPV3
_____	__	__	IM3E تذكير لقاح شلل الأطفال 1 OPR1
_____	__	__	IM3F تذكير لقاح شلل الأطفال 2 OPR2
_____	__	__	IM3G جرعة اللقاح الخماسي 1 (الثلاثي - السحايا - التهاب الكبد الوبائي) DPT-Hib-HepB1
_____	__	__	IM3H جرعة اللقاح الخماسي 2 (الثلاثي - السحايا - التهاب الكبد الوبائي) DPT-Hib-HepB2
_____	__	__	IM3I جرعة اللقاح الخماسي 3 (الثلاثي - السحايا - التهاب الكبد الوبائي) DPT-Hib-HepB3
_____	__	__	IM3J تذكير اللقاح الرباعي 1 (الثلاثي - السحايا) DPT-Hib1
_____	__	__	IM6 جرعة لقاح الحصبة 1 Measles1
_____	__	__	IM6A جرعة لقاح الحصبة - الحصبة الألمانية - النكاف 1 MMR1
_____	__	__	IM6B جرعة لقاح الحصبة - الحصبة الألمانية - النكاف 2 MMR2
_____	__	__	IM6C جرعة إضافية من اللقاح الثلاثي (تيتانوس - سعال ديكوي - دفتيريا) DPT Booster

نموذج التحصين ضدّ أمراض الطفولة (تابع)

انتقل إلى		
IM19 ← 1		1. نعم
IM19 ← 2	لا	2. كلا
IM19 ← 8		8. لا أعرف
IM19 ← 2	لا	1. نعم
IM19 ← 8		2. كلا 8. لا أعرف
	لا	1. نعم
		2. كلا 8. لا أعرف
IM15 ← 2	لا	1. نعم
IM15 ← 8		2. كلا 8. لا أعرف
	لا	1. عند نهاية الشهر الثاني
		2. لاحقاً 8. لا أعرف
	لا	• عدد المرات 8. لا أعرف
	لا	• عدد المرات 8. لا أعرف
IM16A ← 2	لا	1. نعم
IM16A ← 8		2. كلا 8. لا أعرف
	لا	• عدد المرات 8. لا أعرف
	لا	1. نعم
		2. كلا 8. لا أعرف
	لا	1. نعم
		2. كلا 8. لا أعرف
IM17C ← 2	لا	1. نعم
IM17C ← 8		2. كلا 8. لا أعرف
	لا	• عدد المرات 8. لا أعرف
	لا	1. نعم
		2. كلا 8. لا أعرف

نموذج التحصين ضدّ أمراض الطفولة (تابع)

أرجو أن تُخبريني إذا سبق أن شارك (الإسم) في إحدى هذه الحملات، الأيام الوطنية للتحصين ضد الأمراض أو أيام صحة الطفل ؟

IM19

لا أعرف	كلا	إذا نعم، حدّد تاريخ ونوع الحملة			نعم	الحملة		
		النوع	التاريخ					
			السنة	الشهر				اليوم
8	2	الحملة الوطنية للتلقيح ضد الحصبة والحصبة الألمانية	_____	__	__	1	الحملة A	IM19A
8	2	الحملة الوطنية للتلقيح ضد شلل الأطفال	_____	__	__	1	الحملة B	IM19B
8	2	الحملة النصف وطنية للتلقيح ضد الحصبة والحصبة الألمانية	_____	__	__	1	الحملة C	IM19C

نتيجة الزيارة		UF9
تم إستيفاء الإستمارة	لم يتم إستيفاء الإستمارة بسبب:	
1. بأكملها	2. عدم وجود الأم أو مقدّم الرعاية في المنزل	
4. جزئياً	3. رفض الأم أو مقدّم الرعاية الإجابة	
	5. عدم قدرة الأم أو مقدّم الرعاية على الإجابة	
	6. أسباب أخرى/ حدد.....	

سنة	شهر	يوم	UF8	تاريخ استيفاء الاستمارة

UF8A	عدد الزيارات التي قام بها المحقق

مراحل العمل					
تاريخ التسليم	تاريخ الاستلام	الرقم	الاسم		
				UF7	محقق
				UF7A	رئيس الفريق
				UF7B	مدقق ميداني
				UF7C	مدقق معلومات