

MÓDULO DE REGISTO DE NASCIMENTO E APRENDIZAGEM NA INFÂNCIA		BR
UF10. EM QUE DIA, MÊS E ANO NASCEU (nome)? <i>Se a mãe/pessoa que cuida da criança sabe a data exacta do nascimento, registar também o dia; se não, faça um círculo em "98" relativo à data.</i>	Data de nascimento: Dia NS dia 98 Mês NS mês 98 Ano	
UF11. QUANTOS ANOS TEM (nome)? <i>Escreva anos já completados</i>	Anos	
BR1. (Nome) TEM CERTIDÃO DE NASCIMENTO? POSSO VÊ-LA?	Sim, vista 1 Sim, não vista 2 Não 3 Não Sabe 8	1⇒BR2
BR1A. TEM ALGUM OUTRO DOCUMENTO COM DATA DE NASCIMENTO DO (nome)?	Sim 1 Não 2 Não Sabe 8	2⇒ BR2 8⇒ BR2
BR1B. DIGA QUAIS? <i>Circle todas as respostas mencionadas</i>	Cartão de Saúde A Cédula Pessoal B Boletim de Nascimento C Passaporte D Outro (especifique) X	
BR1C. VIU ALGUM DESSES DOCUMENTOS?	Sim 1 Não 2	<i>Pergunta de controle</i>
BR2. O NASCIMENTO DE (nome) FOI REGISTADO NO REGISTO CIVIL?	Sim 1 Não 2 Não Sabe 8	1⇒BR5 8⇒BR4
BR3. PORQUE RAZÃO O (nome) NÃO FOI REGISTADO?	É caro 1 Fica longe 2 Falta de conhecimento 3 É complicado (pai ausente/falta de documentos) 4 Não é importante 5 Outro (especifique) 6 Não Sabe 8	
BR4. O QUE DEVE FAZER PARA REGISTAR A SUA CRIANÇA? (1) TER CARTÃO DE SAÚDE (2) IR AO REGISTO CIVIL PARA TRATAR A CÉDULA PESSOAL NA PRESENÇA DOS PAIS <i>Se indicar uma ou as duas opções assinale correcto ("1"). De contrário, assinale errado/Não sabe ("2").</i>	Correcto 1 Errado/Não sabe 2	
BR5. Verificar a idade da criança em UF11: A criança tem 3 ou 4 anos de idade? <input type="checkbox"/> Sim ⇒ Continuar com BR6 <input type="checkbox"/> Não ⇒ Continuar com BR7A		
BR6. (Nome) FREQUENTA ALGUMA APRENDIZAGEM ORGANIZADA OU EDUCAÇÃO PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA, COMO, POR EXEMPLO, ESTABELECIMENTOS PRIVADOS OU ESTATAIS, INCLUINDO CRECHE OU ESCOLINHA?	Sim 1 Não 2 Não Sabe 8	2⇒BR8 8⇒BR8
BR7. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, QUANTAS HORAS É QUE (nome) PASSOU NESSE ESTABELECIMENTO?	Nº de horas	
BR7A. Verificar a idade da criança em UF11: A criança tem menos de 1 ano de idade? <input type="checkbox"/> Sim ⇒ Passe para o próximo módulo <input type="checkbox"/> Não ⇒ Continuar com BR8		

<p>BR8. NOS ÚLTIMOS 3 DIAS, VOCÊ OU ALGUM MEMBRO DA FAMÍLIA COM MAIS DE 15 ANOS DE IDADE ENVOLVEU-SE EM ALGUMA DAS SEGUINTE ACTIVIDADES COM (nome):</p> <p><i>Se sim, pergunte: QUEM PARTICIPOU NESSA ACTIVIDADE COM A CRIANÇA – A MÃE, O PAI DA CRIANÇA OU OUTRO MEMBRO ADULTO DO AGREGADO FAMILIAR (INCLUINDO A PESSOA QUE TOMA CONTA DA CRIANÇA/INFORMANTE)?</i></p> <p><i>Marcar com um circulo tudo o que se aplica.</i></p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th></th><th style="text-align: center;">Mãe</th><th style="text-align: center;">Pai</th><th style="text-align: center;">Outro</th><th style="text-align: center;">Ninguém</th></tr></thead><tbody><tr><td>Livros</td><td style="text-align: center;">A</td><td style="text-align: center;">B</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">Y</td></tr><tr><td>Histórias</td><td style="text-align: center;">A</td><td style="text-align: center;">B</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">Y</td></tr><tr><td>Canções</td><td style="text-align: center;">A</td><td style="text-align: center;">B</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">Y</td></tr><tr><td>Sair</td><td style="text-align: center;">A</td><td style="text-align: center;">B</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">Y</td></tr><tr><td>Brincar</td><td style="text-align: center;">A</td><td style="text-align: center;">B</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">Y</td></tr><tr><td>Contar</td><td style="text-align: center;">A</td><td style="text-align: center;">B</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">Y</td></tr></tbody></table>		Mãe	Pai	Outro	Ninguém	Livros	A	B	X	Y	Histórias	A	B	X	Y	Canções	A	B	X	Y	Sair	A	B	X	Y	Brincar	A	B	X	Y	Contar	A	B	X	Y
	Mãe	Pai	Outro	Ninguém																																
Livros	A	B	X	Y																																
Histórias	A	B	X	Y																																
Canções	A	B	X	Y																																
Sair	A	B	X	Y																																
Brincar	A	B	X	Y																																
Contar	A	B	X	Y																																

MÓDULO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA		CE
<i>A pergunta CE1 deve ser aplicada somente uma vez a cada tutor</i>		
CE1. QUANTOS LIVROS EXISTEM EM CASA, INCLUINDO OS LIVROS ESCOLARES (NÃO CONTE OS LIVROS PARA MENORES DE 5 ANOS)?	Nenhum livro.....00 Número de livros.....0__ Dez ou mais livros10 Não Sabe.....98	
CE2. QUANTOS LIVROS PARA CRIANÇAS OU COM/DE ILUSTRAÇÕES TEM PARA (nome)?	Nenhum livro.....00 Número de livros.....0__ Mais de dez livros10 Não Sabe.....98	
CE4. ALGUMAS VEZES OS ADULTOS QUE CUIDAM AS CRIANÇAS TÊM QUE SAIR DE CASA PARA IR ÀS COMPRAS, LAVAR ROUPA, OU POR OUTRAS RAZÕES E TÊM QUE DEIXAR AS CRIANÇAS MENORES COM OUTRAS PESSOAS. DESDE OS ÚLTIMOS 7 DIAS (dia da semana) QUANTAS VEZES (nome) FOI DEIXADO AO CUIDADO DE OUTRA CRIANÇA, QUER DIZER, ALGUÉM MENOR DE 10 ANOS?	Nenhuma vez.....00 Número de vezes..... _ _ Não Sabe.....98	
CE5. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, QUANTAS VEZES (nome) FOI DEIXADO SOZINHO, QUER DIZER, SEM ALGUÉM A CUIDAR DELA?	Nenhuma vez.....00 Número de vezes..... _ _ Não Sabe.....98	

MÓDULO VITAMINA A		VA
VA1. (Nome) RECEBEU ALGUMA DOSE DE VITAMINA A NOS ÚLTIMOS 6 MESES? <div style="text-align: center;"><i>Mostrar a Cápsula</i></div>	Sim 1 Não 2 Não Sabe..... 8	<div style="font-size: 2em;">}</div> PRÓXIMO MÓDULO
VA3. ONDE É QUE (nome) TOMOU A SUA ÚLTIMA DOSE?	Em visita de rotina a estabelecimento de saúde 1 Na consulta no estabelecimento de saúde quando a criança estava doente 2 Campanha do Dia Nacional de Vacinação. 3 Outro (<i>especifique</i>) 6 Não Sabe..... 8	

MÓDULO AMAMENTAÇÃO		BF
BF1. (Nome) ALGUMA VEZ FOI AMAMENTADO/A?	Sim 1 Não 2 Não Sabe 8	} BF3
BF1A. QUANTO TEMPO DEPOIS DO NASCIMENTO, (nome) COMEÇOU A AMAMENTAR? <i>Se for menos de 1 hora circule "000" horas. Se for menos de 24 horas, circule as horas de contrário, anote os dias.</i>	Imediatamente000 Horas.....1 Dias.....2 Não sabe/não se lembra998	
BF1b. DURANTE OS PRIMEIROS DIAS DEPOIS DO PARTO VEM UM LEITE AMARELADO (COLOSTRO), (nome) TOMOU ESTE LEITE ?	Sim 1 Não 2 Não Sabe 8	
BF1c. DURANTE OS PRIMEIROS DIAS DEPOIS DO PARTO, DERAM ALGUMA COISA DIFERENTE DO LEITE MATERNO AO (nome)?	Sim 1 Não 2 Não Sabe 8	} BF1E
BF1d. O QUE É QUE LHE DERAM? <i>Qualquer coisa diferente do leite materno</i>	Só água A Soro com Glucose B Água açucarada C Sumo de Fruta D Fórmula para Bebê E Chá F Mel G Outro X <div style="text-align: center;">(especifique)</div>	} BF2
BF1E. QUANTOS MESES (nome) TOMOU APENAS LEITE MATERNO?	Meses..... Ainda está amamentar95 Não Sabe o mês98	95⇒ BF3
BF2. (Nome) AINDA ESTÁ A SER AMAMENTADO/A?	Sim 1 Não 2 Não Sabe 8	1⇒ BF3
BF2A. QUANTOS MESES (nome) TOMOU LEITE MATERNO?	Meses..... Não Sabe o mês98	
BF3. DESDE ONTEM A ESTA HORA, (nome) RECEBEU ALGUM DOS SEGUINTEIS ITENS: <i>Ler cada item em voz alta e registar a resposta antes de avançar para o próximo item.</i>		
BF3A. VITAMINA, SUPLEMENTOS MINERAIS OU MEDICAMENTO?	S N NS BF3A. Suplementos vitamínicos 1 2 8	
BF3B. ÁGUA SIMPLES?	BF3B. Água simples..... 1 2 8	
BF3C. ÁGUA COM AÇÚCAR, COM ALGUM SABOR OU SUMO DE FRUTA OU CHÁ OU INFUSÃO?	BF3C. Água com açúcar ou sumo 1 2 8	
BF3D. SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL (SRO)?	BF3D. SRO 1 2 8	
BF3E. LEITE EM PÓ PRÓPRIO PARA BEBÉS?	BF3E. Leite em pó próprio para bebês 1 2 8	
BF3F. LEITE NORMAL EM PÓ OU FRESCO?	BF3F. Leite normal em pó ou fresco 1 2 8	
BF3G. ALGUM OUTRO LÍQUIDO?	BF3G. Outros líquidos..... 1 2 8	
BF3H. ALIMENTOS SÓLIDOS OU MEIO-SÓLIDOS (PAPA)?	BF3H. Alimentos Sólidos ou meio-sólidos..... 1 2 8	
BF4. Verificar BF3H: A criança recebeu alimentos sólidos ou semi-sólidos (papas)? <div style="margin-top: 5px;"><input type="checkbox"/> Sim ⇒ Continuar com BF5 <input type="checkbox"/> Não ou NS ⇒ Ir para o Próximo Módulo</div>		
BF5. DESDE ONTEM A ESTA HORA, QUANTAS VEZES É QUE (nome) COMEU ALIMENTOS SÓLIDOS, MEIO-SÓLIDOS OU ALIMENTOS LEVES NÃO LÍQUIDOS? <i>Se tiverem sido 7 ou mais vezes, registar "7".</i>	Número de vezes Não sabe 8	

MÓDULO TRATAMENTO DE DOENÇA		CA
CA1. (Nome) TEM/TEVE DIARREIA NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS? <i>Considera-se a diarreia notada pela mãe ou pessoa que cuida da criança, com três ou mais evacuações por dia ou fezes líquidas por dia, ou sangue nas fezes.</i>	Sim 1 Não 2 Não Sabe..... 8	} CA5
CA1A. TEM/TEVE SANGUE NAS FEZES?	Sim 1 Não 2 Não Sabe..... 8	
CA1B. NO PIOR DIA DE DIARREIA DO (nome), QUANTAS VEZES DEFECOU?	Vezes..... _ _ Não Sabe.....98	
CA1C. QUANTOS DIAS DUROU A DIARREIA DO (nome)?	Dias..... _ _ Não Sabe.....98	
CA1D. O (nome) AINDA TEM DIARREIA?	Sim 1 Não 2 Não Sabe..... 8	
CA2. QUANDO (nome) TEVE DIARREIA, DEU-LHE PARA BEBER ALGUM DOS SEGUINTESS LÍQUIDOS: <i>Ler cada um dos itens em voz alta e registrar a resposta antes de avançar para o próximo item.</i> CA2A. UM LÍQUIDO FEITO DUM PACOTE (saís de rehidratação oral) OU MISTURA ORAL? CA2B. MISTURA CASEIRA DE ÁGUA, SAL E AÇÚCAR? CA2C. LÍQUIDO PRÓPRIO PARA TRATAMENTO DA DIARREIA (ADQUIRIDOS NA FARMÁCIA)	<div style="text-align: right; font-weight: bold; margin-bottom: 10px;">Sim Não NS</div> SRO.....1.....2.....8 Mistura água, sal, açúcar.....1.....2.....8 Líquido para tratar diarreia.....1.....2.....8	
CA2D. FOI-LHE DADA MAIS ALGUMA OUTRA COISA PARA TRATAR A DIARREIA?	Sim 1 Não 2 Não Sabe..... 8	} CA3
CA2E. O QUE FOI DADO PARA TRATAR A DIARREIA? <i>Algo mais?</i> <i>Circule todas as respostas mencionadas</i>	Comprimidos/Xarope A Injeções B Soros Intravenosos C Água de arroz D Papais de cereais E Chá de ervas ou de raízes F Leite em pó/fresco G Chá/Sumos/Água de coco H Remédio Caseiro/ervas medicinais I Outro X <div style="text-align: center; font-style: italic; margin-top: 5px;">(especifique)</div>	
CA3. DEU A(O) (nome) A MESMA QUANTIDADE DE LÍQUIDOS, MAIS, OU MENOS QUE O COSTUME? <i>Se disser “Menos” pergunte: Muito menos ou Menos que o costume.</i>	Nenhum líquido..... 1 Muito Menos 2 Menos 3 A mesma quantidade 4 Mais 5 Não Sabe..... 8	
CA4. DEU A(O) (nome) A MESMA QUANTIDADE DE ALIMENTOS, MAIS, OU MENOS QUE DE COSTUME? <i>Se disser “Menos” pergunte: Muito menos ou Menos que o costume.</i>	Nenhum alimento..... 1 Muito Menos 2 Menos 3 A mesma quantidade 4 Mais 5 Não Sabe..... 8	

CA5. (Nome) TEVE TOSSE NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS?	Sim 1 Não 2 Não Sabe 8	} CA12	
CA5A. QUANDO (nome) TEVE TOSSE ESTAVA ACOMPANHADA DE FEBRE?	Sim 1 Não 2 Não Sabe 8		
CA6. QUANDO (nome) ESTAVA COM TOSSE, RESPIRAVA MAIS RÁPIDO QUE DE COSTUME, COM RESPIRAÇÕES CURTAS E RÁPIDAS?	Sim 1 Não 2 Não Sabe 8		} CA12
CA7. OS SINTOMAS DEVERAM-SE À PROBLEMAS NO PEITO OU NARIZ ENTUPIDO?	Problema no peito 1 Nariz entupido 2 Ambos 3 Outro (especifique) 6 Não Sabe 8		
CA8. PROCUROU CONSELHOS OU TEVE TRATAMENTO POR CAUSA DA TOSSE?	Sim 1 Não 2 Não Sabe 8	} CA10	
CA9. ONDE PROCUROU AJUDA OU TRATAMENTO? EM MAIS ALGUM OUTRO LUGAR?	SECTOR PÚBLICO Hospital Central A Hospital Provincial/Geral B Hospital Rural C Centro/Posto de Saúde D Brigadas Móveis E Outro (especifique) F SECTOR PRIVADO Hospital G Clínica H Médico I Enfermeiro J Farmácia K Outro (especifique) L OUTRA FONTE Dumba Nengue M Igreja N Amigos/Familiares O Curandeiro P Outro (especifique) X		
Se a fonte for uma unidade de saúde do governo ou privada, escreva o nome do lugar, tente identificar o tipo de fonte e se é público ou privado. _____ (Nome do lugar) Circule todas as respostas, mas não avance qualquer sugestão.			
CA10. FOI DADO ALGUM MEDICAMENTO A (nome) PARA TRATAR A SUA DOENÇA?	Sim 1 Não 2 Não Sabe 8	} CA12	
CA11. QUE MEDICAMENTO FOI DADO A (nome)?	Antibiótico A Paracetamol/Panadol/Acetaminophen P Aspirina O Ibuprofen R Outro (especifique) X Não Sabe Z		
CA12. Verificar UF11: A criança tem menos de 3 anos de idade? <input type="checkbox"/> Sim. ⇒ Continuar com CA13 <input type="checkbox"/> Não. ⇒ Vá para CA14			
CA13. A ÚLTIMA VEZ QUE (nome) DEFECOU, O QUE FOI FEITO PARA TRATAR DAS FEZES?	A criança usou a sanita/latrina 01 Deitadas/lavadas para dentro da sanita/latrina 02 Deitadas/lavadas para dentro de um dreno ou canal 03 Atiradas para o lixo (resíduos sólidos) 04 Enterradas 05 Deixadas ao ar livre 06 Outro (especifique) 96 Não Sabe 98		

Faça a seguinte pergunta (CA14) apenas uma vez a cada mãe/pessoa que cuida de criança.

CA14. ÀS VEZES AS CRIANÇAS TÊM DOENÇAS GRAVES E DEVEM SER LEVADAS IMEDIATAMENTE A UM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE.

COM QUE TIPO DE SINTOMAS VOCÊ LEVARIA IMEDIATAMENTE A SUA CRIANÇA A UM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE?

Continue a pedir mais sinais ou sintomas até que a mãe/pessoa que cuida da criança não consiga recordar-se de mais nenhum sintoma.

Marque com um círculo todos os sintomas mencionados,

Mas não avance nenhuma sugestão.

A criança não consegue beber ou mamar . A

A doença da criança agrava-se B

A criança tem febre C

A criança tem uma respiração rápida D

A criança tem dificuldade em respirar E

A criança tem sangue nas fezes F

A criança está a beber muito pouco G

Inchaço na cabeça (abalamento de fontanela) H

Outro (especifique) X

Não perguntou W

MÓDULO MALÁRIA				ML			
ML1. O (nome) TEVE FEBRE DURANTE AS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS?	Sim	1	} ML10				
	Não	2					
	Não Sabe	8					
ML1A. AGORA GOSTARIA DE SABER O QUE FEZ (em primeiro, segundo e terceiro lugar) DEPOIS DE DESCOBRIR QUE O (nome) TINHA FEBRE?	ML1A1 O que fez em primeiro lugar	ML1A2 O que fez em segundo lugar	ML1A3 O que fez em terceiro lugar				
DEU MEDICAMENTOS EM CASA	01	01	01				
FOI À FARMÁCIA COMPRAR MEDICAMENTOS SEM RECEITA MÉDICA	02	02	02				
LEVOU-O A UMA UNIDADE SANITÁRIA	03	03	03				
LEVOU-O A UM AGENTE DE SAÚDE COMUNITÁRIO	04	04	04				
LEVOU-O AO CURANDEIRO	05	05	05				
DEU-LHES ERVAS EM CASA	06	06	06				
OUTRO	96	96	96				
	(especifique)	(especifique)	(especifique)				
NÃO FEZ NADA.....	07	07	07				
NÃO SABE	98	98	98				
ML1B. Verificar se (nome) foi a uma unidade sanitária ou agente de saúde comunitário?							
<input type="checkbox"/> Sim ⇒ Continuar com ML3							
<input type="checkbox"/> Não ⇒ Continuar com ML2							
ML2. (Nome) FOI A ALGUM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DURANTE ESSA DOENÇA ?	Sim	1	} ML5A				
	Não	2					
	Não Sabe.....	8					
ML3. (Nome) TOMOU ALGUM MEDICAMENTO PARA FEBRE OU MALÁRIA QUE TENHA SIDO DADO OU RECEITADO NUM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE?	Sim	1	} ML3D				
	Não	2					
	Não Sabe.....	8					
ML3A. PARA CADA UM DOS SEGUINTE MEDICAMENTOS, DIGA-ME SE TOMOU IMEDIATAMENTE DEPOIS DE INÍCIO DA FEBRE OU QUANTOS DIAS DEPOIS?	MESMO DIAS DEPOIS DIA 1 2 3 Não DEU						
A. Fansidar/Artesunato	Fansidar/Artesunato	1	2	3	4	5	} SE NÃO DEU NENHUM DOS 3 PASSE A ML3D
B. Artemisina	Artemisina	1	2	3	4	5	
C. QUININO	Quinino	1	2	3	4	5	

<p>ML3b. ONDE CONSEGUIU (<i>Nome do medicamento contra a malária de ML3a</i>)?</p> <p><i>Circule todos locais mencionados</i></p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>Hospital Central A</p> <p>Hospital Provincial/Geral B</p> <p>Hospital Rural C</p> <p>Centro/Posto de Saúde D</p> <p>Brigadas Moveis E</p> <p>Outro (<i>especifique</i>) F</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>Hospital G</p> <p>Clínica H</p> <p>Médico I</p> <p>Enfermeiro J</p> <p>Farmácia K</p> <p>Outro (<i>especifique</i>) L</p> <p>OUTRA FONTE</p> <p>Dumba Nengue M</p> <p>Amigos/Familiares O</p> <p>Outro (<i>especifique</i>) X</p>	
<p>ML3c. QUANTO PAGOU (<i>Nome do medicamento contra a malária de ML3a</i>) ?</p>	<p>Moeda Nacional I _ I _ IMT</p> <p>Gratuito 000MT</p> <p>Não sabe 998</p>	
<p>ML3d. <i>Verificar ML1a: Deram medicamentos em casa antes de levar-lhe a uma unidade sanitária ou agente de saúde comunitário?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sim ⇒ Ir para ML7</p> <p><input type="checkbox"/> Não. ⇒ Continuar com ML5</p>		
<p>ML5. DERAM A (<i>nome</i>) ALGUM MEDICAMENTO PARA FEBRE OU MALÁRIA ANTES DE O LEVAR PARA O ESTABELECIMENTO DE SAÚDE?</p>	<p>Sim 1</p> <p>Não 2</p> <p>NS 8</p>	<p>1 ⇒ ML7</p>
<p>ML5A. <i>Verificar ML1a: Deu medicamentos em casa ou foi a farmácia comprar sem receita médica?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sim ⇒ Ir para ML7</p> <p><input type="checkbox"/> Não ⇒ Continuar com ML6</p>		
<p>ML6. DERAM A (<i>nome</i>) ALGUM MEDICAMENTO PARA FEBRE OU MALÁRIA DURANTE ESSA DOENÇA?</p>	<p>Sim 1</p> <p>Não 2</p> <p>NS 8</p>	<p>} ML10</p>
<p>ML7. QUE MEDICAMENTO É QUE DERAM A (<i>nome</i>) EM CASA?</p> <p><i>Marcar com um círculo todos os medicamentos dados. Pedir para ver o medicamento se o tipo não for conhecido. Se mesmo assim não se pode determinar o tipo de medicamento, mostre a pessoa os anti-maláricos típicos.</i></p>	<p>Anti-maláricos:</p> <p>Fansidar/Artesunato A</p> <p>Artimisina B</p> <p>Quinino C</p> <p>Outros anti-maláricos (<i>especificar</i>) H</p> <p>Outros medicamentos:</p> <p>Paracetamol P</p> <p>Aspirina Q</p> <p>Outro (<i>especificar</i>) X</p> <p>NS Z</p>	
<p>ML8. <i>Verificar ML7: Anti-maláricos mencionados (códigos A - H)?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sim ⇒ Continuar com ML9</p> <p><input type="checkbox"/> Não ⇒ Ir para a ML10</p>		

ML9. QUANTO TEMPO DEPOIS DE A FEBRE COMEÇAR É QUE (nome) TOMOU O PRIMEIRO (nome do anti-malárico de ML7)? <i>Registar o código para o dia em que foi dado o primeiro anti-malárico</i>	Mesmo dia 0 Dia seguinte 1 após 2 dias de febre 2 após 3 dias de febre 3 após 4 ou mais dias de febre 4 NS..... 8	
ML10. NA ÚLTIMA NOITE (Nome) USOU REDE MOSQUITEIRA?	Sim 1 Não 2 Não Sabe..... 8	⇒ ML10B
ML10A. (Nome) USA REDE MOSQUITEIRA?	Sim 1 Não 2 Não Sabe..... 8	} PRÓXIMO MÓDULO
ML10B. COMO É QUE O SEU AGREGADO FAMILIAR OBTVEU A REDE MOSQUITEIRA?	Comprou 1 Unidade Sanitária (gratuito) 2 ONG (gratuito) 3 Outro (especifique) 6 Não Sabe..... 8	
ML11. HÁ QUANTO TEMPO É QUE O SEU AGREGADO FAMILIAR OBTVEU A REDE MOSQUITEIRA? <i>Se tiver sido há menos de um mês, circule “1” e registe “00”. Se tiver sido há mais de 1 ano e menos de 3, circule “2” e registe o número de ano correspondente</i> <i>Se a resposta for “12 meses” ou “1 ano”, sonde para determinar se obteve exactamente à 12 meses, ou antes ou depois</i>	Há meses.....1 Há anos2 Há mais de 3 anos204 Não tem a certeza998	
ML13. QUANDO OBTIVERAM ESSA REDE, ELA JÁ ESTAVA TRATADA COM INSECTICIDA PARA MATAR OU REPELIR MOSQUITOS?	Sim 1 Não 2 Não Sabe/não tem a certeza 8	
ML14. DESDE QUE OBTVEU A REDE MOSQUITEIRA ALGUMA VEZ MERGULHOU NUM LÍQUIDO PARA REPELIR MOSQUITOS EM CASA?	Sim 1 Não 2 Não Sabe..... 8	} PRÓXIMO MÓDULO
ML15. HÁ QUANTO TEMPO A REDE FOI MERGULHADA NESSE LÍQUIDO PARA REPELIR MOSQUITOS, EM CASA?	Há meses.....1 Há mais de 24 meses95 Não Sabe.....98	

MÓDULO DE IMUNIZAÇÃO										IM
<i>Se se puder dispor de um cartão de saúde, copiar as datas para IM2-IM8D de cada tipo de vacina ou dose de vitamina A registada no cartão. IM10-IM17 são para o registo de vacinas que não estão anotadas no cartão. Apenas se farão as perguntas IM10-IM17 se não se puder dispor de um cartão.</i>										
IM1. TEM UM CARTÃO DE SAÚDE DO/DA (nome)?				Sim, viu o cartão 1				} IM10		
Se a resposta for “Sim”:				Sim, não viu o cartão 2						
POR FAVOR POSSO VER?				Não tem cartão 3						
(a) Copiar as datas de cada vacina registadas no cartão. (b) Escrever “44” na coluna do dia se o cartão mostrar que a vacina foi dada mas não foi registada nenhuma data.				Data de vacinação						
				DIA		MÊS		ANO		
IM2. BCG		BCG								
IM3A. PÓLIO 0 (à nascença)		P0								
IM3B. PÓLIO 1		P1								
IM3C. PÓLIO 2		P2								
IM3D. PÓLIO 3		P3								
MV4A. DPT/HEPATITIS B,1A DOSE		DPT1								
MV4B. DPT/HEPATITIS B,2A DOSE		DPT2								
MV4C. DPT/HEPATITIS B,3A DOSE		DPT3								
IM6. SARAMPO		SAR								
IM8A. VITAMINA A (à penúltima vez)		VIT A								
IM8B. VITAMINA A (à última vez)		VIT A								
IM8C. IODO (à última vez)										
IM8D. MEBENDAZOL (à última vez)										
IM9. (Nome) RECEBEU ALGUMA VACINA QUE NÃO ESTEJA REGISTADA NO CARTÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA? <i>Anote “Sim” somente se a inquirida mencionar vacina(s) BCG, PÓLIO À NASCENÇA, PÓLIO 1-3, DPT 1-3, SARAMPO, HEPATITIS B., VITAMINA A, IODO e/ou MEBENDAZOL.</i>				Sim 1				1⇒IM9A		
				Não 2				2⇒IM19		
				Não Sabe..... 8				8⇒IM19		
IM9A. PERGUNTE PELAS VACINAS QUE NÃO ESTÃO REGISTADAS NO CARTÃO DE SAÚDE (use as perguntas IM11 à IM17 somente como exemplo para obter as respostas) E, SE A CRIANÇA RECEBEU UMA DAS VACINAS NÃO REGISTADAS, ESCREVA “66” NA COLUNA DO DIA NA PERGUNTA IM2 À IM8D.										
DEPOIS VÁ PARA IM19										
IM10. (Nome) RECEBEU ALGUMA VACINA PARA PREVENÇÃO DE DOENÇAS INCLUINDO AS VACINAS RECEBIDAS NAS CAMPANHA DE VACINAÇÃO?				Sim 1				} IM20		
				Não 2						
				Não Sabe..... 8						
IM10. (Nome) RECEBEU UMA INJEÇÃO NO BRAÇO QUE DEIXA UMA CICATRIZ (contra a tuberculose)?				Sim 1						
				Não 2						
IM12. (Nome) RECEBEU GOTAS NA BOCA (vacina contra pólio)?				Sim 1				} IM15		
				Não 2						
				Não Sabe..... 8						

IM13. (Nome) RECEBEU A PRIMEIRA VACINA CONTRA PÓLIO, LOGO DEPOIS DO PARTO OU MAIS TARDE?	Logo depois do parto 1 Mais tarde 2 Não Sabe 8	
IM14. QUANTAS VEZES (nome) RECEBEU?	Número de vezes _ _ Não Sabe 98	
IM15. (Nome) RECEBEU UMA INJEÇÃO QUE SE DÁ AO MESMO TEMPO COM GOTAS DE PÓLIO (vacina tetravalente - DPT/HEP. B)?	Sim 1 Não 2 Não Sabe 8	} IM17
IM16. QUANTAS VEZES (nome) RECEBEU?	Número de vezes _ _ Não Sabe 98	
IM17. (Nome) RECEBEU UMA INJEÇÃO NO BRAÇO PARA PREVENIR O SARAMPO?	Sim 1 Não 2 Não Sabe 8	
IM19. DIGA-ME, POR FAVOR, SE (nome) PARTICIPOU EM ALGUMA DAS SEGUINTE CAMPANHAS:		
MV19A. CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO (2005)		
MV19B. SEMANA NACIONAL DE SAÚDE DA CRIANÇA (2008)		

IM20. *Mora no agregado familiar alguma outra criança elegível que seja filho(a) ou esteja sob os cuidados desta informante? Verificar a listagem do agregado familiar, coluna HL8.*

☐ Sim ⇒ *Terminar o questionário em curso e depois ir para QUESTIONÁRIO PARA MENORES DE 5 ANOS para aplicar o questionário para a próxima criança elegível*

☐ Não ⇒ *Terminar a entrevista com este informante agradecendo-lhe a sua cooperação*

Se esta for a última criança do agregado familiar, avançar para MÓDULO ANTROPOMÉTRICO.

MÓDULO ANTROPOMÉTRICO		AN
<i>Depois de os questionários para todas as crianças estarem preenchidos, o medidor pesa e mede cada criança. Registrar abaixo o peso e o comprimento/altura, tendo o cuidado de registrar as medidas no questionário correcto de cada criança. Verificar o nome da criança e o número da linha na listagem do agregado familiar antes de registrar as medidas.</i>		
AN1. Peso da criança.	Quilogramas (kg)__ __ . __	
AN2. Comprimento ou altura da criança. <i>Verificar a idade da criança em UF11:</i> <input type="checkbox"/> Criança com menos de 2 anos de idade. ⇒ <i>Medir o comprimento (estando ela deitada).</i> <input type="checkbox"/> Criança com 2 ou mais anos de idade. ⇒ <i>Medir a altura (estando ela de pé).</i>	Comprimento (cm) Deitada1 __ __ . __ Altura (cm) De pé2 __ __ . __	
AN3. Código de identificação do medidor.	Código do medidor.....__ __ __	
AN4. Resultado da medição.	Medida 1 Não estava presente 2 Recusada..... 3 Deficiência física 4 Outro (especifique) 6	

AN5. <i>Há alguma outra criança no agregado que seja elegível para medição?</i>
<input type="checkbox"/> Sim ⇒ <i>Registrar as medidas da próxima criança.</i>
<input type="checkbox"/> Não ⇒ <i>Terminar a entrevista com o agregado familiar agradecendo a todos os participantes a sua colaboração.</i>
<i>Reunir todos os questionários deste agregado familiar e verificar se todos os números de identificação estão inseridos em cada página. Contar no painel de informação sobre o agregado familiar o número de entrevistas realizadas.</i>

OBSERVAÇÕES DA INQUIRIDORA	
(para ser preenchido imediatamente depois de terminar a entrevista)	
COMENTÁRIOS ACERCA DA ENTREVISTA:	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div>
COMENTÁRIOS SOBRE PERGUNTAS ESPECÍFICAS:	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div>
ALGUM OUTRO COMENTÁRIO:	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div>
OBSERVAÇÕES DA CONTROLADORA	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div>	
Nome da Controladora: _____ Data: _____	
OBSERVAÇÕES DO SUPERVISOR	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div>	
Nome do Supervisor: _____ Data: _____	

(para ser preenchido imediatamente depois de terminar a entrevista)

COMENTÁRIOS ACERCA DA ENTREVISTA:

COMENTÁRIOS SOBRE PERGUNTAS ESPECÍFICAS:

ALGUM OUTRO COMENTÁRIO:

OBSERVAÇÕES DA CONTROLADORA

Nome da Controladora: _____ Data: _____

OBSERVAÇÕES DO SUPERVISOR

Nome do Supervisor: _____ Data: _____