

MC / FICHE RECAMAL SUR LES CARACTÉRISTIQUES DE LA MALADIE ET DES SOINS PRATIQUES

R1 Date de Visite de l'enquêteur **R2** Jour de visite de l'enquêteur : _____

R3 Date d'apparition de la maladie **R4** Jour d'apparition de la maladie : _____

Jours de maladie		Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5	Jour 6	Jour 7	Jour 8	Jour 9	Jour 10
R5	Jours de la semaine										
Symptômes de la maladie de l'enfant	R6	Comment était la fièvre ?	- ± +	- ± +	- ± +						
	R7	L'enfant a-t-il vomi ?	0 1 2 +	0 1 2 +	0 1 2 +						
	R8	L'enfant était-il allongé ?	Oui Non	Oui Non	Oui Non						
	R9	Maux de Tête									
	R10	Gonflements, mal de côte									
	R11	Autre symptôme : précisez									
R12	Vers la guérison										
Auto-médication : soins internes à la concession	R13	Médicaments, Comprimés									
	R14	Massages, lavements									
	R15	Tisanes, Aliments spéciaux									
	R16	Libations, prières, amulettes									
	R17	Enveloppement frais									
Recours externe	R18	Visite Dispensaire									
	R19	Visite Guérisseur									

Enquêteur : récapitulez la fiche avec la mère : vérifiez que les informations sont exactes et qu'il n'y a pas d'oubli

R20 Enquêteur : notez le délai (en nombre de jours) entre l'apparition des symptômes et 1^{er} recours externe

R21 Enquêteur, demandez à la mère de l'enfant :

Comment ont évolué les symptômes dans les heures juste avant le premier recours externe ?

1. Aggravation des symptômes 2. Apparition de nouveaux symptômes 3. Réponses 1 et 2 4. Aucune évolution

Fiche Synthèse regroupant les informations de l'épisode morbide

⇒ **Enquêteur, sur combien de soins d'automédication allez vous interroger les personnes ?**

⇒ **Enquêteur, sur combien de recours externes allez-vous interroger les personnes ?**

Nature des Soins	Soins d'automédication	Recours externe
1 ^{er} type de soin		
2 ^{ème} type de soin		

Information sur le Père de l'enfant	A administré les soins automédication N° 1 (MD 6) N°2 (MD 18)	A accompagné l'enfant recours externe N°1 (ME 6) N°2 (ME 26)	A administré le traitement Recours externe N°1 (ME16) N°2 (ME 36)
1 ^{er} Type de soin Oui=1 Non=0			
2 ^{ème} type de soin Oui=1 Non=0			

Information et Sélection des Personnes autres	A proposé, donné son avis ou ses conseils d'automédication N° 1 (MD4 / MD5) Priorité : 5	A administré les soins d'automédication N°1 (MD6) Priorité : 2	A proposé, donné son avis ou ses conseils Recours externe N°1 (ME2 / ME3) Priorité : 4	A accompagné l'enfant le Recours externe N°1 (ME6) Priorité : 1	A administré le traitement Recours externe N°1 (ME 16) Priorité : 3
Personne Autre Notez le(s) nom(s)					