

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										
Auto-médication : soins internes à la concession	R12	Vers la guérison										
	R13	Médicaments, Comprimés										
	R14	Massages, lavements										
	R15	Tisanes, Aliments spéciaux										
	R16	Libations, prières, amulettes										
Recours externe	R17	Enveloppement frais										
	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)					