

ĐIỀU TRA GIÁM SÁT DINH DƯỠNG BÀ MẸ VÀ TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI NĂM 2013

I. TT xác định	1.1	Họ tên điều tra viên:	.....	1.4	Tỉnh/ T.phố:	.....
	1.2	Huyện/ Quận	.....	1.5	Xã/ Phường:	.....
	1.3	Ngày điều tra:	___/___/ 2013	1.6	Thôn/bản/tổ:	.....
		Ghi chú ĐTV:	.....	1.7	Số mã:	.....

II. Thông tin mẹ	2.1	Họ và tên của mẹ	.....	2.2	Năm sinh:	19 ____	
	2.3	Trình độ văn hóa của mẹ	Không biết chữ: 00 Học hết lớp: ____	T.cấp, CĐ 21 ĐH, sau ĐH 22 Không biết 77	2.4	Số con của mẹ hiện có:	____
	2.5	Nghề nghiệp chính của mẹ	Nông dân 1 Làm công ăn lương 2 Tiểu thương 3	Nội trợ 4 Khác 9	2.6	Hiện tại đang có thai:	Có 1 Không 2 Không biết 7
	2.7	Người trả lời phỏng vấn:	Mẹ của trẻ 1 Bố của trẻ 2	Ông/bà 3 Người khác 9	2.8	Dân tộc của mẹ:	.....

Hỏi và cân lần lượt từng người		Bà mẹ	Trẻ 1 (nhỏ nhất)	Trẻ 2 (trẻ lớn hơn)	Trẻ 3 (lớn nhất <5T)
3.1	Tên của mẹ và trẻ		.....	.....	.....
3.2	Giới tính của trẻ		Trai 1 Gái 2	Trai 1 Gái 2	Trai 1 Gái 2
3.3	Ngày sinh: Dương lịch Âm lịch		d ___/___/___ à ___/___/___	d ___/___/___ à ___/___/___	d ___/___/___ à ___/___/___
3.4	Cân nặng	..... kg	..... kg	..... kg	..... kg
3.5	Chiều cao/chiều dài (đứng/nằm)	..... cm	đ n cm	đ n cm	đ n cm
3.6	Quan sát và kiểm tra		Phù <input type="checkbox"/>	Phù <input type="checkbox"/>	Phù <input type="checkbox"/>

Hỏi thông tin của từng trẻ dưới 5 tuổi		Tên 1:	Tên 2:	Tên 3:	
IV. Thông tin trẻ khi sinh và bổ sung vi chất	4.1	Cháu (TÊN) được sinh ra ở đâu? (ở trạm y tế, bệnh viện hay ở nhà?)	TYT 1 Bệnh viện 2 Nhà, khác 3	TYT 1 Bệnh viện 2 Nhà, khác 3	TYT 1 Bệnh viện 2 Nhà, khác 3
	4.2	Cháu (TÊN) được đẻ thường hay đẻ mổ?	Đẻ thường 1 Đẻ mổ 2	Đẻ thường 1 Đẻ mổ 2	Đẻ thường 1 Đẻ mổ 2
	4.3	Cân nặng của cháu (TÊN) khi sinh? (8=Không cân 9=Không biết, không nhớ)	..... g	..... g	..... g
	4.4	a) Trong 6 tháng qua có khi nào cháu (TÊN) được TYT cấp vitamin A do cháu bị suy dinh dưỡng/ tiêu chảy/ sỏi/ ho sốt không?	Có 1 Không 2 Không biết 7	Có 1 Không 2 Không biết 7	Có 1 Không 2 Không biết 7
		b) Trong 6 tháng qua cháu có được uống vitamin A vào ngày Vi chất dinh dưỡng không?	Có 1 Không 2 Không biết 7	Có 1 Không 2 Không biết 7	Có 1 Không 2 Không biết 7
		c) Trong 6 tháng qua cháu có được uống vitamin A không phải do TYT cấp không?	Có 1 Không 2 Không biết 7	Có 1 Không 2 Không biết 7	Có 1 Không 2 Không biết 7
	4.5	Trong 6 tháng qua, cháu (TÊN) có được tẩy giun không?	Có 1 Không 2 Không biết 7	Có 1 Không 2 Không biết 7	Có 1 Không 2 Không biết 7
4.6	Trong 6 tháng qua, cháu (TÊN) có bị quáng gà không? (Giải thích hiện tượng quáng gà nếu mẹ không hiểu)	Có 1 Không 2 Không biết 7	Có 1 Không 2 Không biết 7	Có 1 Không 2 Không biết 7	
4.7	Có ai nói cho chị/anh biết "Ngày Vi chất dinh dưỡng/ ngày uống Vitamin A" không? (Nhiều lựa chọn, không gợn ý)	Không biết, không được ai báo 0	Nhân viên y tế 1 <input type="checkbox"/> Thư mời 2 <input type="checkbox"/> Họ hàng 3 <input type="checkbox"/>	Hàng xóm 4 <input type="checkbox"/> TV, đài, báo 5 <input type="checkbox"/> Khác 9 <input type="checkbox"/>	

Hỏi thông tin về bà mẹ (nếu không có mẹ, chuyển câu 6.1)		Phương án trả lời	
V. Thông tin sử dụng vi chất dinh dưỡng của bà mẹ.	5.1	Sau khi sinh cháu nhỏ nhất, chị có uống viên Vitamin A giống viên này không? (Đưa mẫu Vitamin A)	Có 1 Không 2 Không biết/ không nhớ 7
	5.2	Trong 6 tháng qua, chị có uống thuốc tẩy giun không?	Có 1 Không 2 Không biết/ không nhớ 7
	5.3	Chị thường rửa tay bằng xà phòng trong những trường hợp nào? (Cho phép nhiều lựa chọn, không gờ ý)	Trước khi nấu ăn 1 <input type="checkbox"/> Trước khi cho trẻ ăn 2 <input type="checkbox"/> Sau khi đi vệ sinh 3 <input type="checkbox"/> Khác 9 <input type="checkbox"/>
	5.4	Trong khi mang thai cháu nhỏ nhất chị có bị quáng gà không?	Có 1 Không 2 Không biết/ không nhớ 7
	5.5	Trong 6 tháng qua, chị có uống viên sắt hoặc sắt folat không? Nếu CÓ , số tháng được uống từ 20 ngày trở lên?	Có 1 → __ tháng Không 2 Không biết/ không nhớ 7
	5.6	Kể từ 3 tháng trước khi mang thai cho đến sau sinh 3 tháng (với cháu nhỏ nhất), chị có bao giờ uống viên sắt hoặc sắt folat không?	Có 1 Không 2 Không biết/ không nhớ 7
	5.7	a) Trong 3 tháng trước khi mang thai chị có uống viên sắt không? Nếu CÓ , có bao nhiêu tháng uống từ 20 ngày trở lên trong giai đoạn đó?	Có 1 → __ tháng Không 2 Không biết/ không nhớ 7
		b) Trong 3 tháng thai đầu chị có uống viên sắt không? Nếu CÓ , có bao nhiêu tháng uống từ 20 ngày trở lên trong giai đoạn đó?	Có 1 → __ tháng Không 2 Không biết/ không nhớ 7
c) Trong 3 tháng thai giữa chị có uống viên sắt không? Nếu CÓ , có bao nhiêu tháng uống từ 20 ngày trở lên trong giai đoạn đó?		Có 1 → __ tháng Không 2 Không biết/ không nhớ 7	
d) Trong 3 tháng thai cuối chị có uống viên sắt không? Nếu CÓ , có bao nhiêu tháng uống từ 20 ngày trở lên trong giai đoạn đó?		Có 1 → __ tháng Không 2 Không biết/ không nhớ 7	
e) Trong 3 tháng sau sinh chị có uống viên sắt không? Nếu CÓ , có bao nhiêu tháng uống từ 20 ngày trở lên trong giai đoạn đó?		Có 1 → __ tháng Không 2 Không biết/ không nhớ 7	
5.8	Chị mua hay được cấp miễn phí viên sắt? (Nhiều lựa chọn)	Mua 1 <input type="checkbox"/> Được cấp 2 <input type="checkbox"/> Được cho, biểu, khác 3 <input type="checkbox"/>	

↻ 6.1
↻ 6.1

Hỏi thông tin trẻ nhỏ nhất (Tên.....)		Phương án trả lời	
VI. Trẻ ốm/bệnh, bú mẹ.	6.1	Trong hai tuần qua cháu (TÊN) có bị các triệu chứng sau đây không? (Cho phép nhiều lựa chọn, hỏi từng triệu chứng)	Tiêu chảy 1 <input type="checkbox"/> Sốt 2 <input type="checkbox"/> Ho 3 <input type="checkbox"/> Sổ mũi, ngạt mũi 4 <input type="checkbox"/> Khó thở 5 <input type="checkbox"/> Không 0
	6.2	Cháu (TÊN) đã bao giờ được bú sữa mẹ chưa? <i>Kể cả uống sữa mẹ vắt ra bình bú hoặc thìa cốc...; bú chực, uống sữa của bà mẹ khác</i>	Có 1 Không 2 Không biết 7
	6.3	Từ sáng hôm qua đến sáng hôm nay, cháu (TÊN) có được bú mẹ không?	Có 1 Không 2 Không biết 7
	6.4	Từ sáng hôm qua đến sáng hôm nay, cháu (TÊN) có uống nước hoặc sữa bằng bình bú không?	Có 1 Không 2 Không biết/ Không nhớ 7

↻ 6.4
↻ 6.4

ĐTV/KT	6.5	Điều tra viên xác định trẻ nhỏ nhất dưới 24 tháng bằng cách so ngày sinh với ngày điều tra. Nếu trẻ ≥ 24 tháng chuyển câu 9.1, Nếu trẻ < 24 tháng thì hỏi tiếp.	Hôm nay: ___/___/13 Ngày sinh: ___/___/___	≥ 24 tháng 1 < 24 tháng 2	9.1	
	Hỏi thông tin về trẻ dưới 2 tuổi nhỏ nhất (Tên.....)		Phương án trả lời			
VII. Trẻ dưới 2 tuổi bú mẹ và ăn bổ sung	7.1	Sau khi sinh cháu (TÊN) được bao lâu thì chị cho cháu bú (hoặc thử cho cháu bú) lần đầu tiên? Nếu trong vòng 1 giờ đầu , khoanh tròn số 1 Nếu trong vòng 24 giờ đầu , khoanh tròn số 2 và ghi số giờ Nếu khác 2 phương án trên, khoanh tròn số 3 và ghi số ngày.	Trong vòng 1 giờ đầu 1 Số giờ 2 ___ giờ Số ngày 3 ___ ngày		8.1	
	7.2	Trong 3 ngày đầu sau sinh, cháu (TÊN) được uống gì sau đây không? (Cho phép nhiều lựa chọn) (Hỏi từng mục một, nếu tất cả đều không uống thì mới đánh dấu "Không uống gì ngoài sữa mẹ")	Nước trắng 1 <input type="checkbox"/> Đường hoặc nước đường 2 <input type="checkbox"/> Mật ong 3 <input type="checkbox"/> Sữa bột cho trẻ nhỏ 4 <input type="checkbox"/> Các loại sữa khác (không kể sữa mẹ) 5 <input type="checkbox"/> Nước hoa quả 6 <input type="checkbox"/> Trà/nước lá cây/thảo dược 7 <input type="checkbox"/> Dung dịch Nước - Đường - Muối (ORS) hoặc sirô 8 <input type="checkbox"/> Khác 9 <input type="checkbox"/> Không uống gì ngoài sữa mẹ 0			
	7.3	Chị có vắt bỏ sữa non trước khi cho cháu (TÊN) bú lần đầu tiên không?	Có 1 Không 2 Không có sữa 7			
	7.4	Hiện nay chị còn cho cháu (TÊN) bú mẹ không?	Có 1 Không 2			
	7.5	Ngày hôm qua từ lúc thức dậy cho đến trước khi đi ngủ , chị cho cháu (TÊN) bú bao nhiêu lần? (Tính cả số lần vắt sữa cho trẻ uống. Nếu bà mẹ không biết chính xác, hỏi thêm để có con số ước đoán)	Số lần cho trẻ bú mẹ ban ngày: ___ lần			
	7.6	Đêm hôm qua từ lúc đi ngủ cho đến khi thức dậy sáng hôm nay , chị cho cháu (TÊN) bú bao nhiêu lần? (Tính cả số lần vắt sữa cho trẻ uống. Nếu bà mẹ không biết chính xác, hỏi thêm để có con số ước đoán)	Số lần cho trẻ bú mẹ ban đêm: ___ lần			
	7.7	Khi cho cháu (TÊN) bú, chị cho bú mỗi bên vú 1 ít hay cho bú hết 1 bên rồi chuyển sang bên kia?	Cho bú mỗi bên vú một ít 1 Cho bú hết 1 bên rồi chuyển sang bên kia 2 Không biết 7			
	8.1	Chị có biết trong ngày hôm qua cháu (TÊN) được ăn uống những gì không?	Có 1 Không 2			9.1
Đồ uống, thức ăn lỏng	8.2	Bây giờ xin phép được hỏi chị về sữa và đồ uống cho cháu từ lúc cháu (TÊN) thức dậy sáng hôm qua đến khi cháu (TÊN) thức dậy sáng hôm nay . Cháu (TÊN) có uống những thứ gì sau đây không? (Đọc lần lượt từng loại đồ uống bắt đầu từ "nước trắng")	Tên thực phẩm	Mã lựa chọn		
		Có/lần		Không	Không biết	
	A	Nước trắng hoặc nước đun sôi để nguội	A.....	1	0	7
	B	Sữa trẻ em /sữa bột (Frisolac, Similac, Mama sữa non...)	B.....	___ lần	0	77
	C	Sữa tươi , sữa nước hộp (Vinamilk, Cô gái Hà Lan...)	C.....	___ lần	0	77
	D	Nước hoa quả , dừa , cam thảo và lá cây	D.....	1	0	7
	E	Nước cơm , nước súp , ninh hầm (xương, thịt)	E.....	1	0	7
	F	Sữa chua nước	F.....	___ lần	0	77
	G	Các loại vitamin , khoáng chất (sắt, kẽm), ORS	G.....	1	0	7
H	Các loại đồ uống khác (Trà, cà phê, Coca-cola, Sprite...)	H.....	1	0	7	

Hướng dẫn cách hỏi	(A)	Điều tra viên hỏi: "Xin chị cho biết cháu (TÊN) đã được ăn những gì từ khi cháu (TÊN) thức dậy sáng hôm qua đến khi cháu (TÊN) thức dậy sáng hôm nay? "
	(B)	Để bà mẹ tự kể các thức ăn trẻ đã ăn Nếu là món ăn : Hỏi thêm: "Món đó gồm những gì?" Ghi tên thức ăn vào cột "Tên thực phẩm" và khoanh "1" vào cột "Có" Sau mỗi thức ăn hỏi thêm: "Còn cho cháu ăn gì nữa không?" Cho đến khi bà mẹ trả lời "Không còn gì khác".
	(C)	Sau khi bà mẹ tự kể hỏi thêm: " Từ khi cháu (TÊN) thức dậy sáng hôm qua đến khi cháu (TÊN) thức dậy sáng hôm nay cháu (TÊN) có được ăn (TÊN NHÓM THỰC PHẨM CHƯA ĐƯỢC KỂ RA) không?"

8.3		Tên thực phẩm	Có	Không	Không biết	
Thức ăn đặc, thức ăn mềm	A	Cơm/ Cháo/ Bột/ bánh giò/ phở/ bún hoặc T.P khác từ gạo	A.....	1	0	7
	B	Mỳ ăn liền, bánh mỳ , bánh bao hoặc T.P khác từ bột mỳ hoặc ngũ cốc khác không phải gạo	B.....	1	0	7
	C	Bí đỏ, cà rốt, mít, khoai lang hoặc các loại rau củ có màu vàng hoặc màu cam bên trong	C.....	1	0	7
	D	Khoai tây, khoai mỡ, sắn hoặc các loại củ khác (kể cả miến)	D.....	1	0	7
	E	Các loại rau có lá màu xanh đậm (muống, đay, ngót, dền)	E.....	1	0	7
	F	Xoài chín, đu đủ, dưa hấu, cà chua, quýt, hồng hoặc các loại có có màu vàng, cam, đỏ bên trong	F.....	1	0	7
	G	Các loại rau củ quả khác (Chưa được kể ở trên)	G.....	1	0	7
	H	Tim, gan, bầu dục hoặc các loại nội tạng khác	H.....	1	0	7
	I	Các loại thịt (bò, lợn, gà, vịt, cừu, dê....)	I.....	1	0	7
	J	Trứng gia cầm các loại (gà, vịt, ngan, ngỗng, chim cút)	J.....	1	0	7
	K	Cá, tôm, cua , nghêu, sò, ốc , hến, lươn, mực hoặc hải sản khác	K.....	1	0	7
	L	Đậu phụ , sữa đậu nành, tào phớ hoặc các sản phẩm khác từ đậu tương, đậu đỗ các loại, lạc, vừng	L.....	1	0	7
	M	Sữa chua, pho mát, sữa đặc có đường, bánh sữa, kẹo sữa, caramen và các sản phẩm từ sữa khác	M.....	1	0	7
	N	Các loại dầu, mỡ, bơ để ăn hoặc nấu cùng các món ăn	N.....	1	0	7
	O	Các thực phẩm có chứa đường như sô cô la, kẹo cứng, kẹo mềm, bánh ngọt, bánh quy hoặc đồ ăn ngọt khác	O.....	1	0	7
	P	Nước mắm và gia vị các loại	P.....	1	0	7
	Q	Nhộng, dế, châu chấu, ốc sên, côn trùng khác	Q.....	1	0	7
	R	Thực phẩm khác (Không thuộc nhóm thực phẩm nào kể trên):				
		<i>Kiểm tra các nhóm từ A - R</i>	<i>Nếu tất cả là "0": chuyển sang câu 9.1</i>			
Số bữa	8.4	Hôm qua kể cả ngày và đêm, ngoài các loại sữa ra, cháu (TÊN) được ăn thêm mấy bữa (ăn bổ sung, ăn sam, ăn dặm với bột, cháo, cơm)?	___ __ lần			
	8.5	Hôm qua kể cả ngày và đêm, cháu (TÊN) được ăn vặt mấy lần (ví dụ như hoa quả, bánh kẹo, bim bim)? (Không tính ăn miếng nhỏ ví dụ như cắn 1-2 miếng đồ ăn của mẹ, anh/chị)	___ __ lần			

Câu hỏi		Phương án trả lời											
IX. Tiếp xúc với chương trình dinh dưỡng	9.1	Trong 1 tháng qua, chị có gặp cán bộ sau đây không? (Cho phép nhiều lựa chọn) (Đọc từng mục) (Nếu kiêm nhiệm thì chỉ chọn chức danh cao hơn)	Y tế thôn/ cộng tác viên dinh dưỡng 1 <input type="checkbox"/> Cán bộ hội phụ nữ 2 <input type="checkbox"/> Cán bộ trạm y tế xã, phòng tư vấn 3 <input type="checkbox"/> Cán bộ y tế bệnh viện, trung tâm y tế 4 <input type="checkbox"/> Phòng khám, bệnh viện tư 5 <input type="checkbox"/> Không biết 7 <input type="checkbox"/> Không gặp 0										
	9.2	Trong 3 tháng qua, chị có được nghe, xem, tư vấn về các thông tin sau không? Nếu có, chị được nghe, xem hoặc biết từ đâu ? (Cho phép nhiều lựa chọn) (Đọc từng mục. Nếu KHÔNG thì khoanh tròn "0" và chuyển xuống câu sau)		Nguồn thông tin có được (Nhiều lựa chọn)									
			KHÔNG	Câu lạc bộ, nhóm dinh dưỡng	Cán bộ y tế/CTVDD	TV	Đài, loa phát thanh	Báo/ tạp chí	Internet/ĐT/máy tính bảng	Tranh tuyên truyền, tờ rơi	Không nhớ	Khác	
	A.	Trẻ nên được bú mẹ ngay sau khi sinh	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	B.	Trẻ bú càng nhiều, sữa mẹ càng tiết ra nhiều	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	C.	Trẻ nên được bú sữa mẹ hoàn toàn đến 6 tháng tuổi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	D.	Ngoài sữa mẹ ra không cho trẻ dưới 6 tháng tuổi uống thêm nước	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	E.	Tiếp tục cho trẻ bú đến 24 tháng tuổi hoặc lâu hơn	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	F.	Cấm quảng cáo các sản phẩm sữa (sữa bột, sữa công thức) cho trẻ dưới 2 tuổi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	G.	Cho trẻ ăn thịt, cá, trứng và các thực phẩm có nguồn gốc động vật khác	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	H.	Cho trẻ ăn rau có màu xanh đậm (rau ngót, dền, cải xoong, muống)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	I.	Rửa tay với xà phòng trước khi chuẩn bị thức ăn và trước khi cho trẻ ăn	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	J.	Thông tin về sự tăng trưởng và phát triển của trẻ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	K.	Bà mẹ trước và trong khi mang thai nên uống viên sắt để phòng chống thiếu máu	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
L.	Luật lao động về kéo dài thời gian nghỉ thai sản cho lao động nữ từ 4 tháng lên 6 tháng	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
M.	Sử dụng muối i ốt trong bữa ăn	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Muối i ốt	9.3	Gia đình có dùng muối hoặc bột canh có trộn I ốt khi nấu ăn hoặc pha chấm không?	Có 1 Không 2 Không biết 7										

Xin chân thành cảm ơn chị đã dành thời gian tham gia Điều tra!

Phiếu phân hồi điều tra giám sát dinh dưỡng cho bà mẹ có trẻ dưới 5 tuổi

Điều tra giám sát dinh dưỡng năm 2013 tại xã/ phường:.....

Tình trạng dinh dưỡng của mẹ:

STT	Họ và tên bà mẹ:	Tuổi:	Cân nặng:	Chiều cao:
1Tuổi	.....kg	.....cm
			BMI: (kg/m ²)	Bình Suy dinh thường dưỡng

(Bình thường: BMI từ 18,5 - 23,0 kg/m²; Suy dinh dưỡng: BMI dưới 18,5 kg/m²;
Người cơ thừa cân/ béo phì: BMI lớn hơn 23 kg/m²)

Tình trạng dinh dưỡng của trẻ:

STT	Họ và tên trẻ:	Tháng tuổi:	Cân nặng:	Chiều cao:
1tháng	.....kg	.....cm
			Bình Nhẹ thường cân	Bình Thấp thường còi
2tháng	.....kg	.....cm
			Bình Nhẹ thường cân	Bình Thấp thường còi
3tháng	.....kg	.....cm
			Bình Nhẹ thường cân	Bình Thấp thường còi

Chú ý: Trẻ bị suy dinh dưỡng thể **nhẹ cân** nếu trẻ có cân nặng nhẹ hơn hẳn so với những trẻ bình thường cùng tuổi và giới
Trẻ bị suy dinh dưỡng thể **thấp còi** nếu trẻ có chiều cao thấp hơn hẳn so với những trẻ bình thường cùng tuổi và giới
Nếu trẻ có dấu hiệu **suy dinh dưỡng cấp** (Cân nặng-theo-chiều-cao dưới -3Z) hoặc bị phù, cần hướng dẫn bà mẹ đến cơ sở y tế gần nhất để điều trị cho trẻ.

Kết luận của đội trưởng:

.....

.....

.....

Ngày Tháng Năm 2013
Đội trưởng ký tên