

PHIẾU ĐIỀU TRA TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI VÀ BÀ MẸ NĂM 2009

Tỉnh/TP: Huyện/Quận: Xã/Phường (cụm):

Địa bàn: (Nông thôn = 1; Thành thị = 2; Miền núi = 3; Thành thị miền núi = 4) Tên thôn/ấp/bản/tổ:

Xã nghèo: (Nghèo = 1; Khác = 0) Ngày điều tra: / / **2009** Số mã bà mẹ :

Tên cán bộ điều tra: Dân tộc của mẹ (xem bảng mã BK08):

PHẦN 1. NHÂN TRẮC

Thứ tự TRẺ	Họ và tên	Giới		Ngày sinh		Cân nặng (kg)	Chiều cao <u>đ</u> ứng / chiều dài <u>n</u> ằm (cm)
		Nam	Nữ	Dương lịch	Âm lịch		
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>	đ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>	đ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>	đ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
BÀ MẸ		Năm sinh: 19 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
		Trình độ văn hoá mẹ: <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
		Tổng số con hiện có: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>

Ghi chú: Mỗi bà mẹ một phiếu. Ngày sinh: Ghi ngày tháng năm sinh theo **lịch dương**. Nếu là lịch âm cần ghi rõ năm sinh là năm **con gì**. Ghi rõ **tên trẻ đang sống cùng** theo thứ tự: → Số 1: Trẻ nhỏ nhất → Số 2: Trẻ kế tiếp → Số 3: Trẻ lớn nhất. Nếu không có trẻ thì **gạch chéo ô**. Trình độ văn hóa mẹ: Không bằng cấp=1; Tốt nghiệp tiểu học=2; Trung học cơ sở=3; Trung học phổ thông=4; Trung cấp=5; CĐ =6, ĐH=7; Sau ĐH=8

PHẦN 2: PHÒNG VẤN BÀ MẸ VỀ NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ (cho trẻ dưới 5 tuổi nhỏ nhất)

1. Trong ngày và đêm hôm qua, trẻ nhỏ nhất có được bú mẹ lần nào không?

Mã: Không = 0; Có = 1

Nếu Có, chuyển sang câu 3a. Nếu Không, tiếp tục câu 2.

2. NẾU KHÔNG, chị đã cai sữa khi trẻ được mấy tháng tuổi?

tháng tuổi

Mã: Trẻ chưa bao giờ bú mẹ = 00

3 STT	Thực phẩm	3a. Kể từ khi sinh đến giờ, trẻ đã từng ăn/uống loại thực phẩm nào dưới đây chưa? Mã: Không = 0; Có = 1	3b. Nếu Có, trẻ ăn/uống thực phẩm này lần đầu tiên khi được bao nhiêu tháng tuổi? (Tháng tuổi)	4. Trẻ có được ăn/uống những thực phẩm này trong ngày và đêm hôm qua không? Mã: Không = 0; Có = 1
1	Nước vitamin, khoáng hoặc thuốc bổ	Không = 0 ↓; Có = 1 →	. ____ .	. ____ .
2	Dung dịch ORS	Không = 0 ↓; Có = 1 →	. ____ .	. ____ .
3	Nước lọc, đun sôi	Không = 0 ↓; Có = 1 →	. ____ .	. ____ .
4	Sữa trẻ em	Không = 0 ↓; Có = 1 →	. ____ .	. ____ .
5	Sữa bột, hộp, tươi	Không = 0 ↓; Có = 1 →	. ____ .	. ____ .
6	Nước hoa quả, lá cây, cam thảo	Không = 0 ↓; Có = 1 →	. ____ .	. ____ .
7	Nước đường, mật ong, Coca-Cola, Fanta...	Không = 0 ↓; Có = 1 →	. ____ .	. ____ .
8	Nước súp, ninh hầm (xương, thịt)	Không = 0 ↓; Có = 1 →	. ____ .	. ____ .
9	Sữa chua	Không = 0 ↓; Có = 1 →	. ____ .	. ____ .
10	Nước cơm, nước cháo	Không = 0 ↓; Có = 1 →	. ____ .	. ____ .
11	Nước sinh tố hoa quả	Không = 0 ↓; Có = 1 →	. ____ .	. ____ .
12	Thức ăn khác (ghi rõ) ☞.....	Không = 0 ↓; Có = 1 →	. ____ .	. ____ .

5. Cháu nhỏ nhất có ăn sữa ngoài (ngoài sữa mẹ) bao giờ không?

Mã: Có = 1; Không = 0 (→ câu 7)

6. Nếu có, xin cho biết cháu ăn sữa ngoài khi được bao nhiêu tháng tuổi?

Ghi số tháng tuổi

7. Lý do chị cho cháu ăn sữa ngoài?

Ghi rõ lý do chính: ☞

PHẦN 3. ĐIỀU TRA ĐỘ BAO PHỦ VIÊN VITAMIN A

ID	Họ và tên	Chị có biết viên nang vitamin A không?	Sau khi sinh, chị có được uống viên Vitamin A không?	Chị có biết hay nghe nói về viên sắt không?	Trong 6 tháng qua chị có uống viên sắt không?	Trong 6 tháng qua, con chị có được uống Vitamin A không?	Ai là người đưa trẻ đi uống Vitamin A	Chị có biết về ngày uống Vitamin A không?	Ai nói cho chị biết ngày uống Vitamin A	Chị hay con chị có bị quáng gà không?
TRẺ		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1						Có 1 Không 2 Kh.biết 7	Bố mẹ 1 Ông bà 2 Họ hàng 3 Hàng xóm 4 Cô giáo 5 Khác 9			Có 1 Không 2 Kh.biết 7
2						Có 1 Không 2 Kh.biết 7	Bố mẹ 1 Ông bà 2 Họ hàng 3 Hàng xóm 4 Cô giáo 5 Khác 9			Có 1 Không 2 Kh.biết 7
3						Có 1 Không 2 Kh.biết 7	Bố mẹ 1 Ông bà 2 Họ hàng 3 Hàng xóm 4 Cô giáo 5 Khác 9			Có 1 Không 2 Kh.biết 7
BÀ MẸ		Có 1 Không 2	Có 1 Không 2 Kh.biết 7	Có 1 Không 2	Có 1 Không 2 Kh.biết 7			Có 1 Không 2 Kh.biết 7	Nhân viên y tế 1 Họ hàng 2 Hàng xóm 3 TV, đài, báo 4 Khác 9	Có 1 Không 2 Kh.biết 7
		Cho xem mẫu thuốc		Cho xem mẫu thuốc			Hỏi ngày uống Vitamin A			

Ghi chú: Cột 1 và 3: ĐTV có mẫu viên nang vitamin A và viên sắt để hỏi xem bà mẹ có nhận biết là loại thuốc gì, sau đó ghi nhận đánh giá

PHẦN 4. TÌNH HÌNH CÂN NẶNG SƠ SINH VÀ TỬ VONG CỦA TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI

ID trẻ	Họ và tên	Cân nặng sơ sinh (gam) <i>Nếu Không biết/không nhớ hoặc trẻ không được cân lúc mới sinh, ghi '8' hoặc 8888</i>	Nguồn thông tin về cân nặng sơ sinh (Khoanh tròn vào mã trả lời tương ứng)	Trẻ em tử vong <i>(nếu có, ghi số con của bà mẹ này bị tử vong theo tháng tuổi khi trẻ bị chết)</i>		
				Dưới 1 tháng tuổi	Dưới 1 tuổi <i>(kể cả số trẻ em chết dưới 1 tháng tuổi)</i>	Dưới 5 tuổi <i>(kể cả số trẻ em chết dưới 1 tháng tuổi và 1 tuổi)</i>
		1	2	3	4	5
Trẻ 1		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Trẻ cân tại bệnh viện/TYT 1 Trẻ cân ở nơi khác 2 Không nhớ/không biết 8			
Trẻ 2		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Trẻ cân tại bệnh viện/TYT 1 Trẻ cân ở nơi khác 2 Không nhớ/không biết 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trẻ 3		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Trẻ cân tại bệnh viện/TYT 1 Trẻ cân ở nơi khác 2 Không nhớ/không biết 8			

Ghi chú: Cách xác định tuổi của trẻ khi mất:

Lấy ngày mất trừ đi ngày sinh (Tính theo lịch dương)

Nếu không biết ngày sinh:

* Nếu đầu tháng, coi như trẻ sinh vào ngày 5

* Nếu giữa tháng, coi như trẻ sinh vào ngày 15

* Nếu cuối tháng, coi như trẻ sinh vào ngày 25

Thông tin về trẻ dưới 5 tuổi đã mất

Số TT	Giới	Ngày sinh	Ngày mất	Tháng tuổi	Ghi chú
1		/ /	/ /		
2		/ /	/ /		
3		/ /	/ /		