رقم العنقود: \_\_ رقم الأسرة المعيشية: \_\_ رقم سطر القائم على تقديم الرعاية للطفل: \_\_ رقم سطر الطفل:\_\_\_

### استبيان الأطفال دون الخامسة من العمر

|  |
| --- |
| يُطبق هذا الاستبيان على جميع النساء اللواتي يقمن على رعاية طفل دون الخامسة يعيش معهن (أنظر سؤال 4 من قائمة افراد الأسرة المعيشية). يجب تخصيص استبيان مستقل لكل طفل مؤهل.يجب توجيه الأسئلة الى الأم أو القائمة على رعاية الطفل المؤهل (أنظر السؤال 7 من قائمة افراد الأسرة المعيشية). سجل/ سجلي رقم سطر كل طفل مؤهل في قائمة الاسرة المعيشية ورقم السطر أم الطفل أو القائمة على رعايته، وأرقام العنقود والأسرة المعيشية في الفراغ المحدد في أعلى كل صفحة. |
| تسجيل الولادات ونماذج التعليم المبكر |
|  | الإسم : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1. اسم الطفل |
|  | العمر بالسنوات الكاملة --- --- | 2. عمرالطفل (ينقل من س4 من قائمة افراد الأسرة المعيشية)  |
|   | تاريخ الولادة:يوم/شهر/سنة --/--/---- | 3. والآن أود أن اسألك عن صحة كل طفل دون الخامسة من العمر ممن تقومين على رعايتهم وممن يعيشون معك الآن. أريد أن أسألك الآن عن (الاسم)، أي شهر وأية سنة ولد؟للتأكد ما هو تاريخ ميلاده /ميلادها؟إذا كانت الأم تعرف بالضبط تاريخ الولادة، يرجى تسجيل اليوم، وإلا فيمكن إدخال 99 بدلا من اليوم |
| 1 س8 | نعم، شاهدتها .....………….................. 1نعم ، لم أشاهدها ………...................... 2لا ..............................…………...... 3لا أعرف ..........................…………. 9 | 1. هل توجد شهاد ميلاد لـ (الاسم) ؟

 هل أستطع أن أراها؟ إذا عُرضت عليك/عليكي شهادة الميلاد، فتأكد/ي من تاريخ الولادة، وإذا لم تُعرض ، فعليك التأكد من التاريخ، باستخدام وثيقة أخرى (بطاقة صحية .. الخ)، صححّ تاريخ الولادة إذا اقتضى الأمر ذلك. |
|  1 س8 9 س7 | نعم .............................…………..... 1لا ...............................…………… 2لا أعرف ......................…………... 9 | 5. إذا لم تتطلع على شهادة الميلاد، اسأل ما يلي:  هل تم تسجيل ولادة (الاسم) ؟ |
|  | تكلّف عملية التسجيل كثيراً \*\* ……….... 1ضرورة السفر لمسافة بعيدة ………....... 2لم أعرف إنه لا بد من تسجيلها ……....... 3تأخرت ولا أريد دفع غرامة .......………. 4لا أعرف أين استطيع تسجيل الولادة …….. 5اخرى(حدد/ حددي) …….............….... 6لا أعرف .......................………...... 9 | 6. لماذا لم تسجل حالة ولادة (الاسم) ؟ |
|  | نعم ………………….…………. 1لا ...............…………................... 2لا إجابة ..........…………................ 8 | 7. هل تعرفين كيف تسجلي ولادة طفلك؟ |
| 2 النموذج التالي9 النموذج التالي | نعم .........…………......................... 1لا ............................…………...... 2لا أعرف ......................…………... 9 | 8. راجعي عمر الطفل. إذا كان عمره ثلاث سنوات أو أكثر، إسألي "هل يتردد (الاسم) على أية برامج منظمة للتعليم أو برامج التعليم المبكرة للاطفال سواء أكانت حكومية أم خاصة، بما في ذلك رياض الأطفال، أو مراكز رعاية الطفولة في المجتمعات المحلية؟ |
|  | عدد الساعات \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 9. خلال الأيام السبعة الاخيرة ، كم عدد الساعات التي تردد/ترددت فيها (الاسم) على المراكز المذكورة؟  |

انتقل الى النموذج التالي :

رقم العنقود: \_\_ رقم الأسرةالمعيشية: \_\_ رقم سطر القائم على تقديم الرعاية:\_\_\_ رقم سطر الطفل:\_\_\_

|  |
| --- |
| نموذج فيتامين " أ " |
| ثمة أسئلة اختيارية أخرى في الملحق 2 |
| 2 النموذج  التالي9 النموذج  التالي | نعم .....................…………........... 1لا .....................…………............ 2لا أعرف ..........………................. 9 | 1. هل حصل (الاسم) على كبسولات فيتامين أ (الاضافية) كهذه؟أعرض كبسولة فيتامين أ أو علبه  |
|  | عدد شهور .....................…….. \_\_ \_\_لا أعرف .....................………... 99 | 2. منــذ كــم شهر مضى اخذ/اخذت (الاسم) آخر جرعة من فيتامين أ؟ |
|  | أثناء الزيارة الروتينية للمركز الصحي…. 1عند مراجعة الطفل للمركز الصحي  بقصد المعالجة ...............………. 2أثناء حملة التطعيم الوطنية ..……....... 3أخرى (حدد) ..................………... 4لا أعرف .......................... 9 | 3. من أين حصل (الاسم) على هذه الجرعة الأخيرة؟ |

انتقل الى النموذج التالي :

رقم العنقود: \_\_ رقم الأسرة المعيشية: \_\_ رقم سطر القائم على تقديم الرعاية: \_\_ رقم سطر الطفل: \_\_\_

|  |
| --- |
| نموذج الرضاعة ا لطبيعية |
| 2 س49 س4 | نعم ........…………......................... 1لا ..........................…………........ 2لا أعرف .......................……..….. 9 | هل رضع (الاسم) في أي وقت من ثديك؟ |
| 2 س49 س4 | نعم ...............………….................. 1لا ...............................…………... 2لا أعرف .......................………….. 9 | 1. هل ما زال/مازالت يرضع/ترضع حتى الآن ؟
 |
|  |  نعم لا لا أعرفأ. فيتامين 1 2 9أ. ماء عادي 1 2 9ج. ماء محلى أو 1 2 9 عصيرد. محاليل الإمهاء 1 2 9 الفمويهـ حليب 1 2 9و. سوائل أخرى 1 2 9 (حدد)\_\_\_\_\_\_ز. أطعمة جامدة أو 1 2 9 شبه جامدة (طرية) | 3. منذ مثل هذا الوقت من يوم أمس، هل أخذ ابنك/انبتك إياً مما يلي:إقرأ كل بند من هذه البنود بصوت عال ودون الإجابة قبل الإنتقال الى البند التالي:3.أ فيتامين، معادن اضافية أو دواء3.ب ماء عادي3.ج ماء محلى ومضاف اليه نكهة ، عصير فواكة أو شاي أو نقيع3.د محاليل معالجة الجفاف3.هـ مسحوق أو محلول الحليب أو بدائل حليب الأم3.و أية سوائل أخرى3.ز أطعمة جامدة أو شبه جامدة (طرية) |
|  | نعم .....…………........................... 1لا .....…………............................ 2لا أعرف ……….......................... 9 | 4. منذ مثل هذا الوقت من يوم أمس، هل تم إعطاء (الاسم) أي شيء ليشربه من زجاجة إرضاع مزودة بحلمة؟ |

انتقل الى النموذج التالي :

رقم العنقود: \_\_ رقم الأسرةالمعيشية:\_ رقم سطر القائم على تقديم الرعاية:\_\_ رقم سطر الطفل: \_\_\_

|  |
| --- |
| نموذج رعاية الأطفال المرضى |
|  1 س3 | نعم ................…………................ 1لا ................…………................. 2لا أعرف .....………..................... 9 | 1. هل أصيب (الاسم) بالإسهال خلال الأسبوعين الماضين (أي منذ يوم ... من الأسبوع قبل الماضي)؟الإسهال، كما تحدده الأم أو القائمة على رعاية الطفل، هو التبرز ثلاث مرات أو أكثر يومياً بحيث يكون البراز سائلاً أو ممتزجاً بالدم |
| 1 س42 س119 س11 | نعم .........................……..…......... 1لا ................................…………. 2لا أعرف ....................………....... 9 | 1. خلال الأسبوعين الأخيرين هل أصيب

(الاسم) بأي مرض آخر مثل السعال أوالحرارة أو واجه أي مشكلة صحية ؟ |
| 1 س5 |  نعم لا لا أعرفأ. حليب الأم 1 2 9ب. ثريد 1 2 9ج. سوائل منزلية 1 2 9 اخرىد. محاليل الجفاف 1 2 9هـ حليب اخر 1 2 9و. ماء مع الطعام 1 2 9ز. ماء لوحده 1 2 9ح. سوائل غير 1 2 9  مقبولةط. لا شيء 1 2 9 | 3. خلال نوبة الإسهال الأخيرة هل تناول (الاسم) أيا من السوائل التالية:اقرأ كل بند بصوت عال وسجل الاجابة. قبل الانتقال الى البديل التالي.3.أ حليب الأم3.ب ثريد مصنوع من الحبوب أو من الجذور أو شوربة 3.ج أية سوائل منزلية أخرى مقبولة وفقا للاعراف المحلية مثل اللبن (الزبادي)؟3.د محلول معالجة الجفاف.3.هـ حليب آخر او مركبات لبنية اخرى للاطفال الرضع.3.و ماء مع طعام الطفل خلال بعض فترات اليوم3.ز ماء لوحده3.ح سوائل غير مقبولة مثل الكولا (استعمل الاسم المحلي لهذه السوائل..) وغيرها3.ط لا شيء |
|  | أقل كثيرا، أو لا شئ ..............………..... 1تقريباً نفس الكمية ....... ………........... 2أكثرمن المعتاد ................………...... 3 لا أعرف ........................…………... 9 | 4. خلال مرض (الاسم) هل شرب/شربت كمية أقل كثيراً أو نفس الكمية من السوائل، أو أكثر من المعتاد؟ |
|  | لا شئ ………………………….... 1أقل كثيراً .………….......................... 2أقل قليلاً …………............................ 3تقريبا نفس الكمية ……….................... 4أكثر ....…………........................... 5لا أعرف .......................…………... 9 | 5. خلال مرض (الاسم) هل أكل/اكلت كمية أقل من الطعام أو تقريبا نفس الكمية أو أكثر من المعتاد؟*إذا تناول/تناولت أقل،تقصى عما اذا كان/كانت تناول/تناولت "أقل قليلاً" أو "أقل بكثير".* |
| 2 س119 س11 | نعم ............................…………...... 1لا ................................………….. 2لا أعرف .......................………….. 9 | 6. هل أصيب (الاسم) بأي مرض مصحوب بسعال في أي وقت ، خلال الآسبوعين الماضين؟ أي منذ يوم …. في الاسبوع قبل الماضي؟ |
| 2 س119 س11 | نعم ........………….......................... 1لا ...........................…………....... 2لا أعرف ........................……….… 9 | 7. عندما أصيب (الاسم) بمرض يصحبه السعال، هل كان/كانت يتنفس/تتنفس بسرعة أكثر من المعتاد مع انفاس قصيرة ومتلاحقة أو واجه/واجهت صعوبة في التنفس؟ |
| 1 س114 س11 | انسداد الأنف ............………….......... 1مشكلة في الصدر ....………….........… 2كلا السببين أعلاه ...............……….... 3أخرى (حدد/حددي) .....………...... ..... 4لا أعرف ....................…………... 9 | 8. هل كانت هذه الأعراض ناجمة عن مشكلة في صدر الطفل أم بسبب الزكام (انسداد الأنف)؟ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2 س119 س11 | نعم ..................…………................ 1لا ...............................………….... 2لا أعرف ......................…………... 9 | 9. هل التمست المشورة أو علاج لهذا المرض من خارج البيت ؟ |
|  | مستشفى .....................…………...... 1مركز صحي ...................………….. 2مستوصف ....................…………... 3 عامل صحي من المجتمع المحلي …….... 4عيادة أمومة وطفولة ...........………... 5عيادة متنقلة ........………….............. 6طبيب خاص ...........………............ 7عرّاف (طبيب شعبي) ..………......... 8صيدلية أو بائع أدوية ..……….......... 9قريب أو صديق ..........….……...... 10مصادر أخرى (حدد/حددي) ….......... 11 | 10. من أين التمست الرعاية الصحية/المعالجة؟ من أي مكان آخر ؟*ضع/ضعي دوائر حول كل الاجابات التي تذكر، ولكن لا تتقدم/تتقدمي بأي مقترحات توحي باجابات* |
|  | الطفل غير قادر على الشرب أو الرضاعة…...1حالة الطفل الصحية تزداد سوءا ......……....2الطفل يصاب يحمى (ارتفاع حرارة) ……...3الطفل يتنفس بسرعة .........……....……..4الطفل يجد صعوبة في التنفس ….....……...5الطفل يخرج دماً مع البراز ....…….…......6الطفل يشرب كمية قليلة من السوائل …..…..7أعراض أخرى (حددها) ...........……..…8أعراض أخرى (حددها) ...........……..…9أعراض أخرى (حددها) ...…....….……10 | إسألي السؤال التال (س. 11) مرة واحدة فقط لكل واحدة من القائمين على رعاية الطفل11. يصاب الأطفال أحياناً بمرض حاد، مما يسوجب اصطحابهم فورا الى مركز صحي. ما هي الأعراض التي تشعرين عندها أنه يجب عليك أخذ طفلك الى المركز الصحي أو العيادة حالاً؟أسأل عن المزيد من الأعراض حتى تصل الى مرحلة لا يقدم فيها القائمون رعاية الطفل أية أعراض أخرى. ضع دوائر حول جميع الاعراض التي تذكر، ولكن لا تتقدم/تتقدمي بأية مقترحات. |

انتقلي الى النموذج التالي :

رقم العنقود:\_\_ رقم الأسرة المعيشية: \_\_ رقم سطر القائم على تقديم الرعاية: \_\_\_ رقم سطر الطفل: \_\_\_

|  |
| --- |
| نموذج الملاريا |
| يستخدم هذا النموذج في البلدان أو المناطق شديدة التعرض للملاريا. إرجع الى الدليل للتعرف على هذه البلدان أو المناطق. |
| 2 س89 س8 | نعم ..........…………....................... 1لا ............................…………...... 2لا أعرف .......................………….. 9 | 1. خلال الأسبوعين الاخيرين ، أي منذ (يوم من ايام الاسبوع قبل الماضي)، هل تعرض (الاسم) لمرض مصحوب بحمى؟ |
| 2 س69 س6 | نعم ......…………........................... 1لا ........................………….......... 2لا أعرف ........................…………. 9 | 2. هل تم فحص(الاسم) في مركز صحي خلال هذا المرض؟ |
| 2 س59 س5 | نعم .........…………........................ 1لا .................…………................. 2لا أعرف .....………….................... 9 | 3. هل تناول (الاسم) دواء للحمى أو للملاريا، تم وصفه أو الحصول عليه من المركز الصحي؟ |
|  | باراسيتامول ……………………… 1كلوروكين ......................………….. 2فانسيدار ......................…………... 3**اضف فئات جديدة من الادوية المستخدمة محليا ثم اختبرها في الاختبار القبلي**أخرى (حدد/حدديي)..............……….. 4لا أعرف ....................…………… 9 | 1. ما اسم الدواء والذي تناوله (الاسم) ، والذي تم وصفه أو توفيره في المركز الصحي ؟

ضع دائرة حول كل الأدوية التي تذكر |
| 1 س72 س89 س8 | نعم .........................…………......... 1لا ...............................…………... 2لا أعرف ................…………......... 9 | 5. هل أعطي (الاسم) دواء للحمى أو الملاريا قبل زيارته للمركز الصحي؟ |
| 2 س89 س8 | نعم ....................………….............. 1لا ......................…………............. 2لا أعرف ............…………............. 9 | 6. هل أعطي (الاسم) دواءً للحمى أو الملاريا أثناء هذا المرض؟ |
|  | باراسيتامول ……………………… 1كلوروكين ..............……........…….. 2فانسيدار .......……..............………. 3**أضف فئات جديدة من الادوية المستخدمة محليا مع اختبارها في الاختبار القبلي**أخرى (حدد/حددي).............……….. 4لا أعرف ...........…….......………. 9 | 1. ما اسم الدواء الذي تناوله (الاسم)؟

*(ضع دائرة حول جميع الأدوية التي تناولها الطفل قبل زيارة المركز الصحي أو إذا لم يقم بزيارة أي وحدة صحية)* |
| 2 النموذج  التالي9 النموذج  التالي | نعم ...............…………................... 1لا ..............................…………..... 2لا أعرف ......................…………... 9 | 8. هل نام (الاسم) تحت الناموسية الليلة الماضية؟ |
| 2 النموذج  التالي9 النموذج  التالي | نعم .............…………..................... 1لا ..............................…………..... 2لا أعرف .......................………….. 9 | 9. هل تم معالجة هذه الناموسية في أي وقت بمبيدات للبعوض ؟ |
|  | عدد الاشهر الماضية --- ---لا أعرف ..................……………... 99 | 10. متى كانت آخر مرة تم فيها معالجة الناموسية بمبيدات البعوض؟ |

انتقل الى النموذج التالي :

رقم العنقود:\_\_\_\_ رقم الأسرة المعيشية: \_\_ رقم سطر القائم على تقديم الرعاية: \_\_\_ رقم سطر الطفل:\_\_\_

|  |
| --- |
| نموذج التطعيم |
| إذا توفرت بطاقة تطعيم، انقل التواريخ الى الاماكن المخصصة للاجابات على الأسئلة 2 – 5 لكل واحد من التطعيمات/التحصينات المذكورة . الأسئلة 7 – 15 لتسجيل اللقاحات غير المسجلة على البطاقة. أي أن الأسئلة 7 – 15 تسؤل فقط عندما لا تكون هناك بطاقة.  |
| 2 س7  9 س7 | نعم (تمت مشاهدة البطاقة).....………........... 1نعم (لم يتم مشاهدة البطاقة)........…………. 2لا أعرف .......................…………... 9 | 1. هل يوجد بطاقة تطعيم لـ (الاسم)؟ |
|  | تاريخ التحصين | 1. انقل/انقلي تواريخ التطعيمات/التحصينات من البطاقة
2. سجل/سجلي رقم (44) في عمود اليوم اذا كانت البطاقة توضح استكمال التطعيمات دون تحديد اليوم.
 |
| سنة | شهر | يوم |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  | 2. التدرن الرئوي (السل) |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 3أ. لقاح الشلل الفموي (جرعة صفر) |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 3ب. لقاح الشلل الفموي (جرعة 1) |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 3ج. لقاح الشلل الفموي (جرعة 2) |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 3د. لقاح الشلل الفموي (جرعة 3) |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 4أ. لقاح الثلاثي (جرعة أولى) |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 4ب. لقاح الثلاثي (جرعة ثانية) |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 4أ. لقاح الثلاثي (جرعة ثالثة) |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 5. الحصبة |
| 1 س162 س16  9 س16 | نعم **……………………..…………** 1*تقص عن التطعيمات وسجلي "66" في عمود اليوم المقابل في الاسئلة رقم 2 – 5* لا **…………………………………..** 2لا أعرف **…………………………….**9 | 6. علاوة على الجرعات الواردة في البطاقة، هل تلقى (الاسم) اية لقاحات أخرى، بما في ذلك أية لقاحات تناولها أثناء أيام التحصين الوطنية؟سجلي "نعم" فقط اذا ذكرت المرأة المؤهلة التدرن الرئوي ، لقاح الشلل ، اللقاح الثلاثي والحصبة.انتقل الى السؤال (16) بعد الانتهاء |
| 1 س82 س16  9 س16 | نعم **………………….……..………** 1لا **…………………………………..** 2لا أعرف **………………………….** 9 | 7. هل حصل (الاسم) على أية لقاحات لوقايتة/ وقاياتها من التعرض للامراض، بما في ذلك أية لقاحات اعطيت له اثناء ايام حملات التحصين الوطنية ؟  |
| 2 س10  9 س10 | نعم **…………………..……………** 1لا **…………………………………..** 2لا أعرف **………………………….** 9 | 8. هل تلقى (الاسم) في أي وقت لقاح التدرن الرئوي (السل): أي ابرة في الكتف الأيسر تركت ندبة في مكانها؟ |
|  | الندبة موجودة …………………………1الندبة غير موجودة …………………….. 2لا استطيع فحص المكان ………………… 3 لا استطيع ان اقرر …………………….. 4 | 9. افحص الكتف الايسر (وهو المكان الذي يعطي فيه لقاح السل) التعرف على موقع الندبة. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2 س13 9 س13 | نعم **………………..………….……** 1لا **………………..…………..……..** 2لا أعرف **………………………….** 9 | 10. هل سبق أن اعطي (الاسم) في أي وقت لقاح عبارة عن نقط عن طريق الفم لحمايته/حمايتها من الإصابة بشلل الأطفال؟ |
|   | مباشرة بعد الولادة**………………..……** 1فيما بعد **……………….……………..** 2 | 11. كم كان عمر ابنك/انبتك عندما أخذت الجرعة الأولى؟ هل أخذها/اخذتها مباشرة بعد الولادة أو فيما بعد ؟ |
|  | عدد المرات**……………………** ـــــ ــــــ | 12. كم مرة اعطيت ابنك/ابنتك هذه النقاط عن طريق الفم؟ |
| 2 س15  9 س15 | نعم **……………………………..…** 1لا **……………………………..…..** 2لا أعرف **…………..…………….** 9 | 13. هل حصل (الاسم) على لقاح عن طريق الحقن في الفخذ أو الجنب لمنع الإصابة بالكزاز و السعال الديكي و الخانوق (تعطى أحيانا مع لقاح الشلل)؟ |
|  | عدد المرات …………………… \_\_ \_\_ | 14. كم مرة اعطي / اعطيت هذه الحقن؟ |
|  | نعم ………………………….......... 1لا ..............................……………... 2لا أعرف ...................…………....... 9 | 15. هل سبق أن أعطي (الاسم) حقنة في الذراع عند عمر 9 شهور أو بعد ذلك لمنع إصابته/اصابتها بالحصبة؟ |
|  |  نعم لا لا أعرفالحملة أ 1 2 9الحملة ب 1 2 9الحملة ج 1 2 9 | 16. اخبريني لو سمحت عما إذا كان (الاسم) قد تلقى أي لقاح في أي من أيام حملة التطعيم الوطنية؟ تاريخ ونوع الحملة أ تاريخ ونوع الحملة ب تاريخ ونوع الحملة جيرجى إدخال تاريخ ونوع اللقاح المعطى خلال أحدث حملات التطعيم الوطنية |

انتقل الى النموذج التالي :

رقم العنقود: \_\_\_ رقم الأسرة المعيشية: \_\_\_ رقم سطر القائم على تقديم الرعاية: \_\_\_ رقم سطر الطفل: \_\_\_

|  |
| --- |
| نموذج القياسات والأوزان |
| بعد استيفاء جميع الاستبيانات لجميع الأطفال، يقوم الشخص المسؤول عن الأوزان والقياسات بوزن كل طفل ويسجل وزن الطفل وطوله على الاستبانة الخاصة لكل طفل. راجع/راجعي اسم الطفل ورقم سطره في قائمة افراد الأسرة المعيشية قبل تسجيل القياسات والأوزان. |
|  | --,- كيلو غرام | 1. وزن الطفل |
|  | الطول بالسنتمتر وهو مستلق ---,- ….1الارتفاع بالسنتمتر وهو واقف ---,- …. 2 | 2. طول الطفل راجع عمر الطفل: الطفل دون السنتين من العمر (قياس طوله وهو مستلقي) الطفل عمره سنتين فأكثر – (قياس الطول والطفل واقف |
|  | رمزالتعريفي الشخص الذي أجرى عملية القياس- - - | 3. الرمز التعريفي للشخص الذي أجرى عملية القياس  |
|  | تم قياسه …………............................. 1غير موجود …………....................... 2رفض عملية القياس ..............………... 3أخرى (حدد) ...........…………........... 4 | 4. النتيجة : |
|  |  | 5. هل هناك طفل آخر في الأسرة المعيشية مؤهل لعملية القياس؟ٱ نعم سجل القياسات للطفل التالي ٱ لا إنهي المقابلة مع هذه الأسرة المعيشية وأشكري المشاركين فيها على تعاونهم. اجمعي جميع الاستبيانات لهذه الأسرة المعيشية وتأكدي من الأرقام التعريفية الموجودة على رأس كل صفحة، وطابقي عدد المقابلات التي تمت مع البيانات المدرجة في قائمة معلومات الاسرة المعيشية . |