

## Enquête ENFAMS Questionnaire parent (infirmière) :

Nom de l'IDE : \_\_\_\_\_

Date de l'entretien : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|

N° identifiant : |\_|\_|\_|\_|\_|

Sexe de l'enfant enquêté :  M  F

Date de naissance de l'enfant enquêté : |\_|\_|\_| / |\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|  
OU Âge de l'enfant enquêté : |\_|\_| ans

### A. POIDS ET TAILLE

**A01. Nous aurions besoin d'informations notées dans le carnet de santé de votre enfant. Pouvons-nous le consulter ?**

- 1 Oui..... 1   
2 Non..... 2

**A02. Si NON, pour quelles raisons ne pouvez-vous pas présenter le carnet de santé ?**

- 1 Il n'en a jamais eu ..... 1   
2 Il en a eu un mais il est perdu ..... 2   
3 Il en a un mais vous ne savez pas où il est..... 3   
4 Il en a un mais vous ne voulez pas le montrer..... 4   
5 Autre (précisez) : ..... 5

A03.

**!! Consigne :** Si le carnet n'a pas été présenté, (cochez la case ), demandez à la mère "pouvez-vous nous dire quel était, ... "

**!! Consigne :** Si le carnet de santé a été présenté, recherchez vous-même dans le carnet de santé de l'enfant :

**"Lors de l'accouchement :** "

**!! Consigne :** Les informations figurent généralement page 9 du carnet

L'âge au terme : |\_|\_| semaines de grossesse

**" Lors de l'examen de l'enfant à la naissance :** "

A04. Son poids : |\_| kg et |\_|\_|\_| gr (ex : 8kg et 320 grammes)  NSP

A05. Sa taille : |\_|\_|, |\_| cm  NSP

A06. Son périmètre crânien : |\_|\_|, |\_| cm  NSP

**“Lors de l’examen de l’enfant lors de la sortie de maternité “**

**!! Consigne :** Les informations figurent généralement page 10 du carnet

A07. **Son poids :**     |\_\_| kg     et     |\_\_|\_\_| gr     (ex : 8kg et 320 grammes)      **NSP**

**Si le carnet de santé n’a pas été présenté**     **➔ Module B**

**Si le carnet de santé a été présenté :**

**Retrouvez dans le carnet de santé de l’enfant, lors de l’examen du 4<sup>ème</sup> mois :**

**!! Consigne :** Les informations figurent généralement pages 26-27 du carnet. Si les pages 4<sup>e</sup> mois ne sont pas remplies rechercher la consultation médicale dans ce créneau de dates ou immédiatement après.

A08. La date de l’examen (jour)     |\_\_|\_\_| (de 1 à 31)     (NR=88, NSP=99)  
La date de l’examen (mois)     |\_\_|\_\_| (de 1 à 12)     (NR=88, NSP=99)  
La date de l’examen (année)     |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (NR=8888, NSP=9999)

A09. **Son poids :**     |\_\_| kg     et     |\_\_|\_\_| gr     (ex : 8kg et 320 grammes)      **NSP**

A10. **Sa taille :**     |\_\_|\_\_|, |\_\_| cm      **NSP**

A11. **Son périmètre crânien :**     |\_\_|\_\_|, |\_\_| cm      **NSP**

**Retrouvez dans le carnet de santé de l’enfant, lors de l’examen du 9<sup>ème</sup> mois :**

**!! Consigne :** Les informations figurent généralement pages 34-35 du carnet. Si les pages 9<sup>e</sup> mois ne sont pas remplies rechercher la consultation médicale dans ce créneau de dates ou immédiatement après

A12. La date de l’examen (jour)     |\_\_|\_\_| (de 1 à 31)     (NR=88, NSP=99)  
La date de l’examen (mois)     |\_\_|\_\_| (de 1 à 12)     (NR=88, NSP=99)  
La date de l’examen (année)     |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (NR=8888, NSP=9999)

A13. **Son poids :**     |\_\_| kg     et     |\_\_|\_\_| gr     (ex : 8kg et 320 grammes)      **NSP**

A14. **Sa taille :**     |\_\_|\_\_|, |\_\_| cm

A15. **Son périmètre crânien :**     |\_\_|\_\_|, |\_\_| cm

**A16. Regardez entre les pages 18 et 69 du carnet de santé (selon l’âge de l’enfant) et noter la date de la dernière consultation médicale de l’enfant**

Jour     |\_\_|\_\_|     (de 1 à 31 ; Refus = 88 ; Ne sait pas=99)  
Mois     |\_\_|\_\_|     (de 1 à 12 ; Refus = 88 ; Ne sait pas=99)  
Année     |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|     (Refus =8888 ; Ne sait pas =9999)

**A17. Quel était l’âge de l’enfant à la date de la dernière consultation médicale ? (si pas de précision sur la date de cette consultation)**

**!! Consigne :** Refus = 88 ; Ne sait pas=99

|\_\_|\_\_| jours ou |\_\_|\_\_| semaines ou |\_\_|\_\_| mois ou |\_\_|\_\_| ans

**A18. Lors de cette dernière consultation médicale, quel était le poids de l’enfant ?**

**!! Consigne :** ces informations doivent être lues sur la même page dans le carnet de santé

|\_\_|\_\_| kg     et     |\_\_|\_\_| gr

**A19. Lors de cette dernière visite médicale, quelle était la taille de l’enfant ?**

**!! Consigne :** ces informations doivent être lues sur la même page dans le carnet de santé.

|\_\_|\_\_|, |\_\_|\_\_| cm

**Si l'enfant à moins de 2 ans :**

A20. Lors de cette dernière visite médicale, quel était le périmètre crânien de l'enfant ?

|\_|\_|, |\_| cm

**!! Consigne :** ces informations doivent être lues sur la même page dans le carnet de santé.

## B. CALENDRIER VACCINAL

“Dans le cadre de cette enquête, nous voudrions avoir quelques renseignements sur la vaccination par le BCG, pour le ROR et d'autres vaccins de l'enfant (vaccin Prevenar®)”

“Nous allons déjà parlé du BCG.”

B01. Votre enfant a-t-il été vacciné par le BCG ?

	Carnet de santé		A défaut : Déclaratif	
Oui	<input type="checkbox"/>	→ B02	<input type="checkbox"/>	→ B08
Non	<input type="checkbox"/>	→ B03	<input type="checkbox"/>	→ B09
(NSP)	<input type="checkbox"/>	→ B03	<input type="checkbox"/>	→ B08

B02. **!! Consigne enquêteur :** Reporter ci-dessous les dates de vaccination telles que figurant dans le carnet :

Date de la vaccination (JJ/MM/AAAA) antituberculeuse par le BCG (page 90) :

|\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

B03. Dates de la vaccination (JJ/MM/AAAA) contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche (pertussis), l'Haemophilus influenzae b (y compris les dates de rappel), (page 91) :

**!! Consignes enquêteurs :** En France, les vaccins dans cette catégorie peuvent avoir comme nom : Hexavac®, Infanrixhexa®, Infanrix Polio Hib®, Infanrixquinta®, Pentavac®, Pentacoq®, Pent-Hibest®, Tétracoq®, DTCP Pasteur®, InfanrixPolio®, Infanrix Tetra®, Tetravac®, Repevax®, Boostrixtetra®, DTPolio®, Revaxis®, ActHib®, Hibest®.

B03.A. : 1<sup>ère</sup> dose :           |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|           Nom du vaccin : \_\_\_\_\_  
B03.B. : 2<sup>ème</sup> dose :       |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|           Nom du vaccin : \_\_\_\_\_  
B03.C. : 3<sup>ème</sup> dose :       |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|           Nom du vaccin : \_\_\_\_\_  
B03.D. : 4<sup>ème</sup> dose :       |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|           Nom du vaccin : \_\_\_\_\_  
B03.E. : 5<sup>ème</sup> dose :       |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|           Nom du vaccin : \_\_\_\_\_

B04. Date de la vaccination (JJ/MM/AAAA) contre l'hépatite B (page 92) :

**!! Consignes enquêteurs :** En France, les vaccins dans cette catégorie peuvent avoir comme nom : Genhevac B®, Engerix B®, HBVaxDNA®, HBVaxPRO®, Twinrix® Hexavac®, Infanrixhexa®

B04.A. : 1<sup>ère</sup> dose :           |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|           Nom du vaccin : \_\_\_\_\_  
B04.B. : 2<sup>ème</sup> dose :       |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|           Nom du vaccin : \_\_\_\_\_  
B04.C. : 3<sup>ème</sup> dose :       |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|           Nom du vaccin : \_\_\_\_\_  
B04.D. : 4<sup>ème</sup> dose :       |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|           Nom du vaccin : \_\_\_\_\_

B05. Date de la vaccination (JJ/MM/AAAA) contre les infections invasives à pneumocoque (page 92) :

**!! Consignes enquêteurs :** En France, les vaccins dans cette catégorie peuvent avoir comme nom Prevenar®

B05.A. : 1<sup>ère</sup> dose :           |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|           Nom du vaccin : \_\_\_\_\_  
B05.B. : 2<sup>ème</sup> dose :       |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|           Nom du vaccin : \_\_\_\_\_

B05.C. : 3<sup>ème</sup> dose : |\_|\_|\_| / |\_|\_|\_| / |\_|\_|\_| Nom du vaccin : \_\_\_\_\_  
 B05.D. : 4<sup>ème</sup> dose : |\_|\_|\_| / |\_|\_|\_| / |\_|\_|\_| Nom du vaccin : \_\_\_\_\_

B06. Date de la vaccination (JJ/MM/AAAA) **contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR)** (page 93 :)

**!! Consignes enquêteurs :** En France, les vaccins dans cette catégorie ont comme nom M-M-RVAXPRO ou Priorix, Rouvax®

B06.A. : 1<sup>ère</sup> dose : |\_|\_|\_| / |\_|\_|\_| / |\_|\_|\_| Nom du vaccin : \_\_\_\_\_  
 B06.B. : 2<sup>ème</sup> dose : |\_|\_|\_| / |\_|\_|\_| / |\_|\_|\_| Nom du vaccin : \_\_\_\_\_

B07 Date de la vaccination (JJ/MM/AAAA) pour d'autres vaccinations (page 93) :

**!! Consignes enquêteurs :** Liste non exhaustive de vaccins ayant pu être utilisés : Meningitec®, Meninvact®, Menjugate®, Neisvac®, Mencevax®, Menomune®, Menveo®, Varivax®, Varilrix®, Avaxim®, Havrix®, Twinrix®, Typherix, Typhim VI®, Tyavax®, Aggripal®, Fluarix®, Fluvirine®, Immugrip®, Influvac®, Mutagrip®, Previgrip®, Vaxigrip®, Stamaril®

B07.A. : date:  _ _ _  /  _ _ _  /  _ _ _ .	Nom du vaccin : _____ Maladie : _____	} <b>→ B15</b>
B07.B. : date:  _ _ _  /  _ _ _  /  _ _ _ .	Nom du vaccin : _____ Maladie : _____	
B07.C. : date:  _ _ _  /  _ _ _  /  _ _ _ .	Nom du vaccin : _____ Maladie : _____	
B07.D. : date:  _ _ _  /  _ _ _  /  _ _ _ .	Nom du vaccin : _____ Maladie : _____	

**Si B01=OUI en déclaratif**

B08. Y a-t-il une cicatrice BCG ?

- 1 Oui..... 1   
 2 Non..... 2

**Si B01 =NON (l'enfant n'a pas été vacciné par le BCG),**

B09. Pouvez-vous nous dire pour quelle raison votre enfant n'a pas été vacciné par le BCG ?

**!! Consigne :** Lire l'ensemble des modalités ; Plusieurs réponses possibles

- 1 Le médecin m'a dit que c'était inutile ou me l'a déconseillé .....   
 2 Le médecin ne m'en a jamais parlé .....   
 3 J'ai considéré que c'était inutile .....   
 4 Je n'ai pas voulu prendre le risque des effets secondaires .....   
 5 Je n'ai pas pu pour des raisons financières .....   
 6 Le lieu de vaccination était trop loin .....   
 7 Je ne savais pas où aller .....   
 8 Autre raison, préciser : \_\_\_\_\_   
 9 Ne sait pas .....

Si enfant de moins de 6 mois **→ C**

**Si enfant de 6 mois ou + :**

**B10. Votre enfant a-t-il été vacciné contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche (pertussis), l'Haemophilus influenzae b (ex : Hexavac<sup>®</sup>, Infanrixhexa<sup>®</sup>, Infanrix Polio Hib<sup>®</sup>, Infanrixquinta<sup>®</sup>, Pentavac<sup>®</sup>, Pentacoq<sup>®</sup>, Pent-Hibest<sup>®</sup>, Tétracoq<sup>®</sup>, DTCP Pasteur<sup>®</sup>, InfanrixPolio<sup>®</sup>, Infanrix Tetra<sup>®</sup>, Tetravac<sup>®</sup>, Repevax<sup>®</sup>, Boostrixtetra<sup>®</sup>, DTPolio<sup>®</sup>, Revaxis<sup>®</sup>, ActHib<sup>®</sup>, Hibest<sup>®</sup>) ?**

- 1 Oui..... 1
- 2 Non..... 2
- 9 Ne sait pas..... 9

**B11. Votre enfant a-t-il été vacciné contre l'hépatite B (ex : Genhevac B<sup>®</sup>, Engerix B<sup>®</sup>, HBVaxDNA<sup>®</sup>, HBVaxPRO<sup>®</sup>, Twinrix<sup>®</sup> Hexavac<sup>®</sup>, Infanrixhexa<sup>®</sup>) ?**

- 1 Oui..... 1
- 2 Non..... 2
- 9 Ne sait pas..... 9

**B12. Votre enfant a-t-il été vacciné contre les infections invasives à pneumocoque (ex : Prevenar<sup>®</sup>) ?**

- 1 Oui..... 1
- 2 Non..... 2
- 9 Ne sait pas..... 9

**Si enfant de moins d'1 an** → B15

**B13. Votre enfant a-t-il été vacciné contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR, ex : M-M-RVAXPRO ou Priorix, Rouvax<sup>®</sup>) ?**

- 1 Oui..... 1
  - 2 Non..... 2
  - 9 Ne sait pas..... 9
- } → B15

**B14. Votre enfant a-t-il reçu pour le ROR (vaccination rubéole oreillons rougeole) ?**

- 1 Une dose ..... 1
- 2 Deux doses ..... 2
- 9 Ne sait pas..... 9

**B15. La vaccination la plus récente de votre enfant a été faite :**

- 1 en PMI.....
  - 2 chez un médecin libéral.....
  - 3 à l'hôpital.....
  - 4 au pays.....
  - 5 Autre, préciser : \_\_\_\_\_.....
- } → C

**Si B13=NON**

**B16. Pouvez-vous nous dire pour quelle raison votre enfant n'a pas été vacciné par le ROR ?**

**!! Consigne :** Lire l'ensemble des modalités ; Plusieurs réponses possibles

- 1 Le médecin m'a dit que c'était inutile ou me l'a déconseillé .....
- 2 Le médecin ne m'en a jamais parlé .....
- 3 J'ai considéré que c'était inutile .....
- 4 Je n'ai pas voulu prendre le risque des effets secondaires .....
- 5 Je n'ai pas pu pour des raisons financières .....
- 6 Le lieu de vaccination était trop loin .....
- 7 Je ne savais pas où aller.....
- 8 Autre raison, préciser : \_\_\_\_\_.....
- 9 Ne sait pas .....

## C. MESURES

### Pression artérielle

#### C01. Acceptez-vous que je prenne votre pression artérielle ?

- 1 Oui..... 1
- 2 Non..... 2  → C06

#### C02. Prenez-vous des médicaments agissant sur votre pression artérielle, comme des anti-hypertenseurs ou des $\beta$ -bloquants ?

- 1 Oui, je prends ce type de médicaments ..... 1
- 2 J'en prends mais je ne sais pas s'ils agissent sur ma pression ..... 2
- 3 Non, je ne prends pas de médicaments ..... 3
- 4 Refuse de répondre ..... 4

#### Prise de la pression artérielle :

1<sup>ère</sup> mesure à réaliser au bras droit :

C03.A. systolique : /\_/\_/\_/ mm d'Hg C03.B. diastolique : /\_/\_/\_/ mm d'Hg

2<sup>ème</sup> mesure à réaliser au bras gauche :

C04.A. systolique : /\_/\_/\_/ mm d'Hg C04.B. diastolique : /\_/\_/\_/ mm d'Hg

3<sup>ème</sup> mesure à réaliser au bras ayant la PA la plus élevée (PAS ou PAD si PAS identiques ; si PAS et PAD identiques : bras gauche) :

C05.A. systolique : /\_/\_/\_/ mm d'Hg C05.B. diastolique : /\_/\_/\_/ mm d'Hg

### Test d'hémoglobine par HemoCue®

**!! Consigne :** Faire laver les mains à la personne. Puis désinfecter avec une compresse d'alcool.

#### Concernant la mère :

C06. Heure de la dernière consommation d'aliments (hormis l'eau mais café et thé compris) :

|\_|\_| h |\_|\_| min

C07. Heure du test capillaire :

|\_|\_| h |\_|\_| min

**!! Consigne :** Ecarter la première goutte.

C08. Résultat du test : |\_|\_|, |\_| g/dL

C09. Si **non réalisé**, précisez pourquoi : \_\_\_\_\_

#### Concernant l'enfant :

C10. Heure de la dernière consommation d'aliments (hormis l'eau mais café et thé compris) :

|\_|\_| h |\_|\_| min

C11. Heure du test capillaire :

|\_|\_| h |\_|\_| min

**!! Consigne :** N'oubliez pas d'inscrire le numéro d'identifiant avant de faire les dépôts !!

**Pour les enfants de 0 à 5 ans, déposer la première goutte sur le buvard pour la mesure des vitamines. Prélever la deuxième goutte avec la microcuvette puis remplir le reste du buvard.**

**!! Consigne buvard :** Déposer le sang dans les cercles et bien déborder. Remplir 8 cercles !

Une fois sec, mettez le buvard dans le sachet et scellez-le.

C12. Résultat du test : |\_\_|\_\_|, |\_\_| g/dL

C13. Si **non réalisé**, précisez pourquoi : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

C14. Le buvard a-t-il été réalisé ?  OUI  NON

C15. Si **NON**, précisez pourquoi :  Refus  Autre : \_\_\_\_\_

### Prélèvement d'une mèche de cheveux de l'enfant

C16. Le prélèvement a-t-il été réalisé ?  OUI  NON

C17. Si **NON**, précisez pourquoi :  Refus  Autre : \_\_\_\_\_

### Mesures anthropométriques

#### **Poids :**

**!! Consigne :** Faire retirer les chaussures avant les mesures et mettre en tenue légère.

C18. Concernant l'adulte, précisez de qui il s'agit :  Père  Mère

C19.A. Poids mesuré de l'adulte : |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_| kg

**OU** C19.B. Poids de l'adulte déclaré : |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_| kg

C20. Cette mesure a été faite avec :

A. chaussures :  Oui  Non  NC si déclaratif

B. vêtements\* :  Oui  Non  NC si déclaratif

\* vêtements pouvant influencer la mesure : pull, veste, ceinture...,

#### **Pour les enfants de moins de 2 ans :**

C21. Poids de l'adulte avec l'enfant dans les bras : |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_| kg

C22.A. Poids de l'enfant calculé : |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_| kg

**OU** C22.B. Poids de l'enfant déclaré : |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_| kg

C23. Si **non réalisé**, précisez pourquoi : \_\_\_\_\_

C24. Si **non réalisé**, classez l'enfant :  maigre  poids normal  surpoids

#### **Pour les enfants de 2 ans ou + :**

C25.A. Poids de l'enfant mesuré : |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_| kg

**OU** C25.B. Poids de l'enfant déclaré : |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_| kg

C26. Si **non réalisé**, précisez pourquoi : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

C27. Si **non réalisé**, classez l'enfant :  maigre  poids normal  surpoids

C28. Cette mesure a été faite avec :

A. chaussures :  Oui  Non

B. vêtements\* :  Oui  Non

\* vêtements pouvant influencer la mesure : pull, veste, ceinture...

**Taille de l'enfant :**

C29.A. Taille mesurée : |\_\_|\_\_|\_\_| cm **OU** C29.B. Taille déclarée : |\_\_|\_\_|\_\_| cm

C30. Cette mesure a été faite avec les chaussures :  Oui  Non

**Uniquement pour les enfants de 1 à 3 ans :**

C31. Tour de bras : |\_\_|\_\_|\_\_| cm

**Uniquement pour les enfants de moins de 1 an :**

C32. Tour de tête : |\_\_|\_\_|, |\_\_| cm

**D. INFORMATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE**

D01. Avez-vous un médecin traitant / un pédiatre ?

- 1 Oui..... 1
- 2 Non..... 2
- 3 NSP ..... 3

**→ D03**

D02. Si oui : Nom/prénom/coordonnées :

---

---

---

---

---

---

D03. Votre enfant est-il suivi dans une PMI ?

- 1 Oui..... 1
- 2 Non..... 2
- 3 NSP ..... 3

**→ E01**

D04. Si oui : Nom / coordonnées de la PMI :

---

---

---

---

---

---



## E. OBSERVATIONS GENERALES

E01. Quelles ont-été les difficultés rencontrées lors des différentes mesures ?

---

---

---

---

---

---

---

---

E02. Avez-vous remarqué un autre problème important chez l'enfant :

- |                           |                            |
|---------------------------|----------------------------|
| 1 Visuel.....             | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Auditif.....            | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Autre, précisez : _____ | 3 <input type="checkbox"/> |

E03.A. Le ticket service a-t-il bien été remis ?     OUI                       NON

E03.B. Si NON, précisez pourquoi ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_