

## PHIẾU ĐIỀU TRA TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI

(Điền vào chỗ trống hoặc khoanh vào mã số tương ứng)

### I. THÔNG TIN CHUNG

Thôn/buôn:..... xã:..... huyện Cư Kuin, tỉnh Đắk Lắk  
 Gia đình ta có bé nào được sinh ra trong khoảng thời gian từ tháng      năm 2007 đến nay không? Nếu có:  
 Họ tên cháu:.....  
 Ngày sinh: ngày..... tháng..... năm..... (theo dương lịch)  
 Giới..... Dân tộc.....  
 Họ tên mẹ:.....  
 Tuổi hiện nay:..... Tuổi sinh bé (tên trên).....  
 Nghề nghiệp..... Học vấn:

- 1 = mù chữ  
 2 = biết đọc, biết viết  
 3 = Tiểu học (cấp I)  
 4 = THCS (cấp II)  
 5 = THPT (cấp III)  
 6 = ĐH, THCN, CĐ

Gia đình mình có thuộc diện hộ nghèo không? (xem sổ cấp từ năm 2011)

- 1 = có  
 2 = không

### II. NỘI DUNG

#### A. TÌNH TRẠNG TRƯỚC SINH

Stt	Câu hỏi	Lựa chọn	Mã	Mã chuyển
A1	Chị sinh cháu (tên trẻ) ở đâu?	Trạm y tế Nhà hộ sinh Bệnh viện Tại nhà Khác.....	1 2 3 4 99	
A2	Trong thời gian mang thai cháu (tên trẻ) chị có đi khám thai ở 1 CSYT nào đó không?	Có Không	1 2	→ Chuyển A4
A3	Nếu có, mấy lần?	.....lần		
A4	Trong thời gian mang thai chị đã ăn uống như thế nào?	Ăn ít hơn Bình thường Nhiều hơn	1 2 3	
A5	Khi mang thai, chị có tiêm phòng uốn ván không?	Có Không Không biết, không nhớ	1 2 3	→ Chuyển A7 → Chuyển A7
A6	Nếu có, mấy lần?	.....lần		
A7	Chị đã từng nghe về bệnh thiếu máu do thiếu sắt chưa?	Đã được nghe Chưa nghe Không nhớ	1 2 88	→ Chuyển A9 → Chuyển A9
A8	Nếu có, xin cho biết các biểu hiện của bệnh thiếu máu? (nhiều lựa chọn)	Da mặt xanh tái Người yếu/ mệt mỏi Niêm mạc mắt nhợt nhạt Hoa mắt chóng mặt Tay/móng tay nhợt nhạt Thường xuyên đau đầu Thường xuyên bị ốm	1 2 3 4 5 6 7	

		Khác.....	99	
A9	Khi mang thai chị có uống viên sắt/Axit folic không?	Có Không Không biết, không nhớ	1 2 88	→ Chuyển A11 → Chuyển A11
A10	Nếu có, bắt đầu từ lúc nào đến lúc nào?	Từ lúc thai.....tháng đến lúc thai.....tháng`		
A11	Chị có biết về lợi ích của vitamin A là gì không? <b>(nhiều lựa chọn)</b>	Giúp trẻ phát triển Chống bệnh nhiễm khuẩn Phòng khô mắt, mù lòa Giảm nguy cơ tử vong trẻ Không biết, không nhớ	1 2 3 4 88	
A12	Sau khi sinh cháu, chị có được uống vitamin A không?	Có Không Không biết, không nhớ	1 2 88	→ Chuyển B1 → Chuyển B1
<b>B. NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ VÀ ĂN BỔ SUNG</b>				
B1	Cháu ( <i>tên trẻ</i> ) đã từng bú mẹ chưa?	Có, đã từng Không, chưa bú bao giờ	1 2	→ Chuyển B3
B2	Nếu không, vì sao?	.....		→ Chuyển B9
B3	Chị có biết sữa non là gì không?	Sữa mẹ có màu vàng, đặc, tiết ra trong những ngày cuối thai kì và đầu tuần sau sinh Không biết	1 2	→ Chuyển B5
B4	Chị có biết lợi ích của sữa non không? <b>(nhiều lựa chọn)</b>	Sữa có nhiều hạt kháng khuẩn Có nhiều chất dinh dưỡng Kích thích tiết sữa Cầm máu cho mẹ sau sinh Không biết	1 2 3 4 88	
B5	Sau khi sinh bao lâu thì chị cho cháu bú?	Dưới 1 giờ (.....phút) Dưới 24 giờ (.....giờ) Trên 24 giờ (.....ngày)	1 2 3	
B6	Hiện cháu còn bú không?	Có Đã cai sữa	1 2	→ Chuyển B9
B7	Nếu đã cai, chị đã cai sữa cháu từ lúc mấy tháng tuổi?	.....tháng		
B8	Trong 6 tháng đầu, chị cho cháu bú như thế nào?	Hoàn toàn sữa mẹ ( <i>kể cả không uống nước</i> ) Bú mẹ, có uống thêm các loại nước	1 2	
B9	Chị bắt đầu cho cháu ăn bổ sung ( <i>ăn dặm</i> ) khi cháu mấy tháng tuổi?	.....tháng tuổi Chưa ăn	1 2	→ Chuyển C1
B10	Trong các bữa ăn bổ sung, chị thường cho cháu ăn gì sau đây? <b>(nhiều lựa chọn)</b>	Gan các loại Thịt các loại Cá các loại Tôm các loại Trứng các loại Sữa bò tươi, sữa đặc, sữa bột Sữa đậu nành Dầu, mỡ Rau các loại Các loại quả để nấu Các loại trái cây Khác.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 99	

B11	Các loại thức ăn trên, ăn trung bình mấy lần/ngày	.....lần/ngày		
<b>C. CHĂM SÓC TRẺ KHI BỊ BỆNH</b>				
C1	Trong 2 tuần qua, cháu ( <i>tên trẻ</i> ) có bị tiêu chảy không? ( <i>Đi cầu phân lỏng, trên 3 lần/ngày</i> )	Có Không Không biết, không nhớ	1 2 88	} → Chuyển C7
C2	Nếu có, cháu được uống gì trong lần tiêu chảy gần đây nhất?	Uống Oresol Uống dịch tự pha chế Thuốc tây Thuốc cổ truyền Khác.....	1 2 3 4 99	
C3	Khi cháu bị tiêu chảy, chị có tiếp tục cho cháu bú sữa mẹ không?	Có Không Đã thôi bú Không biết, không nhớ	1 2 3 88	} → Chuyển C5
C4	Trong lần tiêu chảy này, chị cho cháu bú như thế nào?	Ít hơn Bình thường Nhiều hơn Không biết, không nhớ	1 2 3 88	
C5	Trong những lần tiêu chảy, chị cho cháu uống nước như thế nào?	Ít hơn Bình thường Nhiều hơn Không biết, không nhớ	1 2 3 88	
C6	Nếu cháu bị tiêu chảy, chị hỏi ai cách chữa/ điều trị?	Nhân viên y tế Người thân Bạn bè, người quen Tự điều trị Không biết Khác.....	1 2 3 4 88 99	
C7	Trong 2 tuần qua, cháu ( <i>tên trẻ</i> ) có bị ho không?	Có Không Không biết, không nhớ	1 2 88	} → Chuyển C12
C8	Khi cháu bị ho, chị có tiếp tục cho cháu bú sữa mẹ không?	Có Không Đã thôi bú Không biết, không nhớ	1 2 3 88	} → Chuyển C10
C9	Trong lần ho này, chị cho cháu bú như thế nào?	Ít hơn Bình thường Nhiều hơn Không biết, không nhớ	1 2 3 88	
C10	Sau bao lâu kể từ khi cháu ( <i>tên trẻ</i> ) bị ho chị đưa cháu đi chữa trị?	Trong ngày đầu tiên Từ 1 đến 3 ngày Sau 3 ngày Không chữa trị Không biết, không nhớ	1 2 3 4 88	
C11	Nếu cháu bị ho, chị hỏi ai cách chữa/ điều trị?	Nhân viên y tế Người thân Bạn bè, người quen Tự điều trị Không biết Khác.....	1 2 3 4 88 99	
C12	Trong 6 tháng qua, cháu	Có	1	

	(tên trẻ) có được tẩy giun không?	Không Không biết, không nhớ	2 88	
C13	Cháu đã được tiêm các loại vắc xin gì? (mẹ kể kết hợp xem sổ TC)	..... ..... .....		
C14	Trong 6 tháng qua, cháu có được uống vitamin A không?	Có Không Không biết, không nhớ	1 2 88	} → Chuyển D1
<b>D. KIẾN THỨC VỀ SUY DINH DƯỠNG</b>				
D1	Chị có nghe nói về suy dinh dưỡng chưa?	Có Chưa	1 2	
D2	Nếu có, suy dinh dưỡng là: (nhiều lựa chọn)	Cân nặng/tuổi giảm Chiều cao/tuổi giảm Cân nặng/chiều cao giảm Khác.....	1 2 3 99	
D3	Chị có biết vì sao trẻ bị suy dinh dưỡng không? (nhiều lựa chọn)	Sinh thiếu tháng Trẻ sinh ra nhẹ cân Tiêm chủng không đầy đủ Hay bị bệnh Chăm sóc không đúng khi bị bệnh Thiếu sữa mẹ Ăn không đủ chất Không biết cách cho ăn Khác.....	1 2 3 4 5 6 7 8 99	
D4	Chị có biết, nếu trẻ bị SDD sẽ có tác hại gì không?	Có Không	1 2	
D5	Nếu có, là gì?	Dễ bị bệnh Thấp còi Kém thông minh Khác.....	1 2 3 99	
D6	Những thông tin trên chị được biết từ đâu?	Loa, đài Tivi Sách báo, tờ rơi Cán bộ y tế Cán bộ đoàn thể khác Địa điểm công cộng Bạn bè, người thân, hàng xóm Internet Khác.....	1 2 3 4 5 6 7 8 99	

Cân nặng của trẻ.....kg

Chiều cao của trẻ.....cm

Cám ơn sự hợp tác của chị!

BMT, ngày.....tháng ..... năm 201....

Điều tra viên

(ký, ghi rõ họ tên)