



Enquête de couverture vaccinale des enfants à Bruxelles – 2006

1.	Nom de l'enquêteur :													
2.	Date de l'enquête :													
	<table border="1"><thead><tr><th></th><th>JJ / MM</th><th>Heure</th></tr></thead><tbody><tr><td>1^{ère} visite</td><td>/</td><td>H</td></tr><tr><td>2^{ème} visite</td><td>/</td><td>H</td></tr><tr><td>3^{ème} visite</td><td>/</td><td>H</td></tr></tbody></table>		JJ / MM	Heure	1 ^{ère} visite	/	H	2 ^{ème} visite	/	H	3 ^{ème} visite	/	H	
	JJ / MM	Heure												
1 ^{ère} visite	/	H												
2 ^{ème} visite	/	H												
3 ^{ème} visite	/	H												
2.1	Tentative infructueuse, le contact n'a pu être établi : <input type="checkbox"/> <i>STOP enquête</i>													
3.	Si changement d'adresse, la nouvelle adresse est :													
3.1	<input type="checkbox"/> Inconnue	<i>REEMPLACER l'enfant</i>												
3.2	<input type="checkbox"/> Dans la même commune	<i>POURSUIVRE l'enquête</i>												
3.3	<input type="checkbox"/> Dans autre commune	<i>REEMPLACER l'enfant</i>												
	Nouvelle adresse : _____													
	Code postal : _____ Commune : _____													



4.	UNIQUEMENT si refus d'enquête :	
4.1	Qui êtes-vous par rapport à l'enfant ?	
	1	<input type="checkbox"/> La mère
	2	<input type="checkbox"/> Le père
	3	<input type="checkbox"/> Grand parent
	4	<input type="checkbox"/> Sœur / frère
	5	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :
4.2.	Motif du refus :	
	1	<input type="checkbox"/> Manque de temps
	2	<input type="checkbox"/> Refus systématique de répondre à des enquêtes
	3	<input type="checkbox"/> Protection de la vie privée
	4	<input type="checkbox"/> Peur d'avoir des problèmes
	5	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :
<input type="checkbox"/> STOP enquête		

5.	L'enfant possède-t-il un document vaccinal ?	
	1	<input type="checkbox"/> Oui
	2	<input type="checkbox"/> Non <i>Si NON, passer aux questions 9, 10 et 12B.</i>

6.	Disposez-vous de ce document à la maison ?	
	1	<input type="checkbox"/> Oui
	2	<input type="checkbox"/> Non <i>Si NON, passer à la question 8</i>

7.	Si OUI, pouvez-vous me montrer ce document vaccinal ?	
	1	<input type="checkbox"/> Carnet de l'Enfant
	2	<input type="checkbox"/> Carte de la Communauté française
	3	<input type="checkbox"/> Carte d'une firme pharmaceutique
	4	<input type="checkbox"/> Carte d'un médecin privé
	5	<input type="checkbox"/> Dossier médical
	6	<input type="checkbox"/> Autre document, précisez :
Passer à la question 9		

8.	Le document existe, mais il n'est pas à la maison :	
8.1	Où se trouve le document ?	
8.2	Pouvons-nous vous demander une autorisation pour pouvoir consulter le document ?	
	1	<input type="checkbox"/> Oui
	2	<input type="checkbox"/> Non, <i>passer aux questions 9, 10 et 12B.</i>
8.3	Si OUI, pouvez-vous remplir le document d'autorisation en annexe ?	
	1	<input type="checkbox"/> Oui
	2	<input type="checkbox"/> Non, <i>passer aux questions 9, 10 et 12B.</i>

9.	Sexe de l'enfant :	
	1	<input type="checkbox"/> M
	2	<input type="checkbox"/> F

10.	Date de naissance (d'après le document vaccinal) : ____/____/____	
10.1	Est-ce le même que celle inscrite sur l'étiquette de la première page ?	
	1	<input type="checkbox"/> Oui
	2	<input type="checkbox"/> Non

11.	Pour tous les vaccins reçus, l'enfant a été vacciné par le même vaccinateur ?			
	1	<input type="checkbox"/> Oui		
	2	<input type="checkbox"/> Non, <i>passez à la question 12A</i>		
11.1	Si OUI, par lequel ?			
	1	<input type="checkbox"/> ONE	5	<input type="checkbox"/> Service hospitalier
	2	<input type="checkbox"/> Médecin généraliste	6	<input type="checkbox"/> Non précisé
	3	<input type="checkbox"/> Pédiatre privé	7	<input type="checkbox"/> Non identifiable
	4	<input type="checkbox"/> Le médecin de la crèche		

12.A	RENSEIGNEMENTS VACCINAUX :																														
Retranscrire à partir de la carte de vaccination.	<ul style="list-style-type: none"> Pour chaque vaccin administré : inscrire la date de vaccination Si plusieurs vaccinateurs différents, inscrire le code vaccinateur suivant : <table border="0"> <tr> <td>1) ONE</td> <td>5) Service hospitalier</td> </tr> <tr> <td>2) Médecin généraliste</td> <td>6) Non précisé</td> </tr> <tr> <td>3) Pédiatre privé</td> <td>7) Non identifiable</td> </tr> <tr> <td>4) Le médecin de la crèche</td> <td></td> </tr> </table> 																							1) ONE	5) Service hospitalier	2) Médecin généraliste	6) Non précisé	3) Pédiatre privé	7) Non identifiable	4) Le médecin de la crèche	
	1) ONE	5) Service hospitalier																													
2) Médecin généraliste	6) Non précisé																														
3) Pédiatre privé	7) Non identifiable																														
4) Le médecin de la crèche																															
Vaccinateur :	(Infanrix-hexa®)1						(Infanrix-hexa®)2						(Infanrix-hexa®)3						(Infanrix-hexa®)4												
	J	J	M	M	A	A	J	J	M	M	A	A	J	J	M	M	A	A	J	J	M	M	A	A							
<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>													
Vaccinateur :	RRO						RAPPEL : Hexavalent : Polio Diphtérie Tétanos Coqueluche Hæmophilus influenza type b Hépatite B Prévenar® : Pneumocoque																								
	J	J	M	M	A	A																									
<input type="checkbox"/>																															
Vaccinateur :	Méningocoque C						RAPPEL : Hexavalent : Polio Diphtérie Tétanos Coqueluche Hæmophilus influenza type b Hépatite B Prévenar® : Pneumocoque																								
	J	J	M	M	A	A																									
<input type="checkbox"/>																															
Vaccinateur :	Prévenar® 1						Prévenar® 2						Prévenar® 3						Prévenar® 4												
	J	J	M	M	A	A	J	J	M	M	A	A	J	J	M	M	A	A	J	J	M	M	A	A							
<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>													
Vaccinateur :	DTPaIPV 1 (Tétravac®)						DTPaIPV 2 (Tétravac®)						DTPaIPV 3 (Tétravac®)						DTPaIPV 4 (Tétravac®)												
	J	J	M	M	A	A	J	J	M	M	A	A	J	J	M	M	A	A	J	J	M	M	A	A							
<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>													
Vaccinateur :	Hib1						Hib 2						Hib 3						Hib 4												
	J	J	M	M	A	A	J	J	M	M	A	A	J	J	M	M	A	A	J	J	M	M	A	A							
<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>													
Vaccinateur :	Polio 1						Polio 2						Polio 3						Polio 4												
	J	J	M	M	A	A	J	J	M	M	A	A	J	J	M	M	A	A	J	J	M	M	A	A							
<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>													
Vaccinateur :	Hépatite B 1						Hépatite B 2						Hépatite B 3						Hépatite B 4												
	J	J	M	M	A	A	J	J	M	M	A	A	J	J	M	M	A	A	J	J	M	M	A	A							
<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>													
Autres vaccinations :	(nom + date)																														
Remarques éventuelles :																															

⊗ Uniquement si pas de document vaccinal.

12.B Attention d'abord remplir question 9 !!!

En l'absence de tout document vaccinal consultable, pouvez-vous nous dire contre quelle maladie votre enfant est, d'après vous vacciné :

- | | |
|----|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> les six maladies de l'hexavalent (Infanrix-hexa®) |
| 2 | <input type="checkbox"/> le RRO |
| 3 | <input type="checkbox"/> le méningocoque C |
| 4 | <input type="checkbox"/> le pneumocoque |
| 5 | <input type="checkbox"/> l'hépatite B |
| 6 | <input type="checkbox"/> la polio |
| 7 | <input type="checkbox"/> la diphtérie |
| 8 | <input type="checkbox"/> la coqueluche |
| 9 | <input type="checkbox"/> le tétanos |
| 10 | <input type="checkbox"/> l'hæmophilus influenza de type b |
| 11 | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : |

Raisons de non vaccination

Vaccin hexavalent

13. Je constate que votre enfant n'a pas reçu le vaccin hexavalent, dites-moi pour quelles raisons ?

1

2

3

13.1 Est-ce plutôt à l'initiative :

- | | |
|---|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> de votre médecin |
| 2 | <input type="checkbox"/> à votre initiative |
| 3 | <input type="checkbox"/> à l'initiative des deux |

Cochez une seule case

Rougeole-Rubeole-Oreillons

14. Je constate que votre enfant n'a pas reçu le vaccin RRO, dites-moi pour quelles raisons ?

1

2

3

14.1 Est-ce plutôt à l'initiative :

- | | |
|---|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> de votre médecin |
| 2 | <input type="checkbox"/> à votre initiative |
| 3 | <input type="checkbox"/> à l'initiative des deux |

Cochez une seule case

Méningocoque C**15.**

Je constate que votre enfant n'a pas reçu le vaccin contre le méningocoque C, dites-moi pour quelles raisons ?

1

2

3

15.1

Est-ce plutôt à l'initiative :

1

 de votre médecin

2

 à votre initiative

3

 à l'initiative des deux

Cochez une seule case

Pneumocoque⊗ **UNIQUEMENT SI L'ENFANT N'A PAS REÇU le vaccin contre le pneumocoque (c-à-d le Prévenar®).**

Je constate que votre enfant n'est pas vacciné contre le pneumocoque :

16.

Connaissez-vous ce vaccin ?

1

 Oui, allez à la question 16.2

2

 Non, allez à la question 16.1**16.1**

Si NON, votre médecin vous a-t-il déjà proposé cette vaccination ?

1

 Oui

2

 Non**16.2**

Si OUI, comment en avez-vous eu connaissance ?

1

 Médecin/personnel médical

2

 Personnel de la Crèche

3

 Consultation ONE

4

 Médias (télé, radio, journaux, ...)

5

 Famille, amis

6

 Autre, précisez :**16.3**

Pourquoi votre enfant n'est-il pas vacciné contre le pneumocoque ?

1

 Survaccination (on vaccine trop)

2

 Coût

3

 Maladie non grave

4

 Vaccin non nécessaire

5

 Maladie pas assez fréquente

6

 Autre, précisez :**17.**

Savez-vous contre quelles maladies protège le vaccin contre le pneumocoque ?

1

 Oui

2

 Non**17.1**

Si OUI, pouvez-vous les citer ?

1

 Méningite

2

 Bactériémie (septicémie)

3

 Pneumonie à pneumocoque

4

 Otite

5

 Autre, précisez :

Attention ne pas lire les propositions !!!

⊗ **UNIQUEMENT SI L'ENFANT A REÇU le vaccin contre le pneumocoque (c-à-d le Prévenar®) :**

Je constate que votre enfant est vacciné contre le pneumocoque :

18.	Qui vous a informé de cette vaccination ?	
	1	<input type="checkbox"/> Médecin/personnel médical
	2	<input type="checkbox"/> Personnel de la Crèche
	3	<input type="checkbox"/> Consultation ONE
	4	<input type="checkbox"/> Médias (télé, radio, journaux, ...)
	5	<input type="checkbox"/> Famille, Amis
	6	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :
18.1	Pour quelle raison principale votre enfant a-t-il été vacciné contre le pneumocoque ?	
	1	<input type="checkbox"/> Maladie grave contre laquelle protège le vaccin
	2	<input type="checkbox"/> Le médecin l'a conseillé
	3	<input type="checkbox"/> Méningite
	4	<input type="checkbox"/> Bactériémie (septicémie)
	5	<input type="checkbox"/> Pneumonie à pneumocoque
	6	<input type="checkbox"/> Otite
	7	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :
		Une seule réponse
18.2	Je constate que votre enfant n'a pas reçu un schéma en 4 doses pour cette vaccination, pouvez-vous m'en donner les raisons :	
	1	
	2	

Rotavirus (question à poser à tout le monde)

19.	Votre conjoint ou vous-même, avez-vous du arrêter le travail à cause d'une gastro-entérite chez votre enfant?	
	1	<input type="checkbox"/> Oui
	2	<input type="checkbox"/> Non
20.	Depuis sa naissance, votre enfant a-t-il été hospitalisé pour une gastro-entérite?	
	1	<input type="checkbox"/> Oui
	2	<input type="checkbox"/> Non, <i> passez à la question 27</i>
20.1	Si OUI, une ou plusieurs fois ?	
	1	<input type="checkbox"/> une
	2	<input type="checkbox"/> plusieurs, combien :

Première hospitalisation :

21.	A quel âge ? (cochez en fonction de la réponse des parents)	
	1	<input type="checkbox"/> 0-6 mois
	2	<input type="checkbox"/> 7-12 mois
	3	<input type="checkbox"/> 13-18 mois
	4	<input type="checkbox"/> 19-24 mois

22.	Combien de jours a duré cette hospitalisation ?	_____ jours
------------	--	-------------

23.	Savez-vous quel germe était responsable de la gastro-entérite ?	
	1	<input type="checkbox"/> Oui, lequel :
	2	<input type="checkbox"/> Non

Deuxième hospitalisation : (Si plusieurs hospitalisations)

24.	A quel âge ? (cochez en fonction réponse des parents)	
	1	<input type="checkbox"/> 0-6 mois
	2	<input type="checkbox"/> 7-12 mois
	3	<input type="checkbox"/> 13-18 mois
	4	<input type="checkbox"/> 19-24 mois

25.	Combien de jours a duré cette hospitalisation ?	_____ jours
------------	--	-------------

26.	Savez-vous quel germe était responsable de la gastro-entérite ?	
	1	<input type="checkbox"/> Oui, lequel :
	2	<input type="checkbox"/> Non

Questions à poser à tout le monde

27.	Depuis janvier 2006, votre enfant a-t-il eu au moins une gastro-entérite ?	
	1	<input type="checkbox"/> Oui
	2	<input type="checkbox"/> Non, <i> passez à la question 29</i>

28.	Si oui, l'une d'entre elles a-elle nécessité?	
	1	<input type="checkbox"/> une consultation médicale
	2	<input type="checkbox"/> une hospitalisation
	3	<input type="checkbox"/> une visite aux urgences

29.	Pensez-vous que certaines diarrhées justifieraient une vaccination ?		
	1	<input type="checkbox"/>	Oui, <i> passez à la question 30</i>
	2	<input type="checkbox"/>	Non
29.1	Si NON, pourquoi ?		
	1	<input type="checkbox"/>	Survaccination (on vaccine trop)
	2	<input type="checkbox"/>	Maladie pas assez grave
	3	<input type="checkbox"/>	Maladie pas assez fréquente
	4	<input type="checkbox"/>	Coût
	5	<input type="checkbox"/>	Trop de piqûres à faire
	6	<input type="checkbox"/>	Autre, précisez :
	Plusieurs choix possibles		
29.2	Et si cette vaccination était administrée de façon orale, changeriez-vous d'avis ?		
	1	<input type="checkbox"/>	Oui
	2	<input type="checkbox"/>	Non

Divers

30.	Pensez-vous que l'on vaccine les enfants contre des maladies ou infections qui ne sont pas graves ?			
	1	<input type="checkbox"/>	Oui	
	2	<input type="checkbox"/>	Avis mitigé	
	3	<input type="checkbox"/>	Non, <i> passez à la question 31</i>	
	4	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas, <i> passez à la question 31</i>	
30.1	Si OUI, ou Avis mitigé, contre quelle(s) maladie(s) ?			
	1	<input type="checkbox"/>	Polio	9 <input type="checkbox"/> Oreillons
	2	<input type="checkbox"/>	Diphtérie	10 <input type="checkbox"/> Méningocoque C
	3	<input type="checkbox"/>	Tétanos	11 <input type="checkbox"/> Varicelle
	4	<input type="checkbox"/>	Coqueluche	12 <input type="checkbox"/> Grippe
	5	<input type="checkbox"/>	Haemophilus Influenzae de type b	13 <input type="checkbox"/> Diarrhée
	6	<input type="checkbox"/>	Hépatite B	14 <input type="checkbox"/> Septicémie
	7	<input type="checkbox"/>	Rougeole	15 <input type="checkbox"/> Pneumocoque
	8	<input type="checkbox"/>	Rubéole	16 <input type="checkbox"/> Ne sait pas

31.	Après l'une des vaccinations de votre enfant, vous est-il arrivé de devoir consulter un médecin parce que votre enfant présentait une réaction ?	
	1	<input type="checkbox"/> Oui
	2	<input type="checkbox"/> Non, <i> passez à la question 32</i>
	3	<input type="checkbox"/> Ne sait pas, <i> passez à la question 32</i>
31.1	Si OUI, quelle était cette vaccination ?	
	1	<input type="checkbox"/> Hexavalent (Infanrix-hexa®)
	2	<input type="checkbox"/> Polio
	3	<input type="checkbox"/> DTPa IPV (Tétravac®)
	4	<input type="checkbox"/> Haemophilus Influenzae de type b (Act Hib®)
	5	<input type="checkbox"/> Hépatite B
	6	<input type="checkbox"/> RRO (Priorix® ou MMRVax®)
	7	<input type="checkbox"/> Méningocoque C (MéningiteC® ou Mejugate®)
	8	<input type="checkbox"/> Pneumocoque (Prévenar®)
	9	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :
		Plusieurs choix possibles

32.	Pensez-vous qu'il soit nécessaire aujourd'hui en Belgique de vacciner tous les nourrissons contre l'hépatite B ?	
	1	<input type="checkbox"/> Oui, <i> passez à la question 33</i>
	2	<input type="checkbox"/> Avis mitigé
	3	<input type="checkbox"/> Non
	4	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
32.1	Si NON, ou NSP, ou Avis mitigé, pourquoi ?	
	1	<input type="checkbox"/> Pas de risque à cet âge
	2	<input type="checkbox"/> Préfère attendre l'adolescence
	3	<input type="checkbox"/> Pas de risque en Belgique
	4	<input type="checkbox"/> Risque d'effets secondaires
	5	<input type="checkbox"/> Transmission très (trop) rare
	6	<input type="checkbox"/> Pas assez d'informations sur le vaccin

33.	Avez-vous refusé une vaccination pour votre enfant ?	
	1	<input type="checkbox"/> Oui, laquelle :
	2	<input type="checkbox"/> Non

Questions socio-économiques

34.	Qui êtes-vous par rapport à l'enfant ?	
	1	<input type="checkbox"/> La maman
	2	<input type="checkbox"/> Le papa
	3	<input type="checkbox"/> La sœur /le frère
	4	<input type="checkbox"/> Un/les grand(s)-parent(s)
	5	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :

35.	Par rapport aux emplois déclarés, pouvez-vous nous dire quel est le temps de travail dans le ménage ?	
	Ex : le papa et la maman travaillent temps plein = 2 ETP (Attention, les revenus de remplacement : ALE, Art60, CPAS, Pensionné, chômeur = 0 ETP)	
1	<input type="checkbox"/> 0 ETP	Temps de travail du ménage (ETP = équivalent temps plein)
2	<input type="checkbox"/> 1/2 ETP	
3	<input type="checkbox"/> 1 ETP	
4	<input type="checkbox"/> 1 et 1/2 ETP	
5	<input type="checkbox"/> 2 ETP	
6	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :	

36.	Dans quelle catégorie de revenus familiaux nets par mois vous situez-vous ?	
	(Cocher la catégorie après avoir énuméré les différentes propositions)	
1	<input type="checkbox"/> < 800 € (soit < 32.240 BEF)	
2	<input type="checkbox"/> Entre 800 et 1.500 € (soit entre 32.240 BEF et 60.450 BEF)	
3	<input type="checkbox"/> Entre 1.500 et 2.000 € (soit entre BEF 60.450 et 80.600 BEF)	
4	<input type="checkbox"/> Entre 2.000 et 3000 € (soit entre 80.600 BEF et 120.900 BEF)	
5	<input type="checkbox"/> > 3.000 € (soit > 120.900 BEF)	
6	<input type="checkbox"/> Ne sait pas	
7	<input type="checkbox"/> Refus de répondre	

37.	L'enfant est-il protégé par une mutuelle ?		
1	<input type="checkbox"/> Oui, passez à la question 37.1		
2	<input type="checkbox"/> Non, passez à la question 37.2		
37.1	Si OUI, les médicaments sont-ils remboursés (petits risques) ?	37.2	Si NON :
1	<input type="checkbox"/> Oui		1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non
2	<input type="checkbox"/> Non		2 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non
			3 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non
			4 <input type="checkbox"/> Autre, précisez :

38.	Comment se compose la famille dans laquelle vit l'enfant ?	
1	<input type="checkbox"/> Couple avec un enfant	
2	<input type="checkbox"/> Couple avec plusieurs enfants	
3	<input type="checkbox"/> Seul(e) avec un enfant	
4	<input type="checkbox"/> Seul(e) avec plusieurs enfants	
5	<input type="checkbox"/> Autre :	

39.	Quel est le rang (ordre de naissance) de l'enfant dans la fratrie (par rapport à la mère) ? :	
------------	--	--

40.	Combien de frères et sœurs a-t-il ? :	
------------	--	--

41. Quelles études a terminées la mère de l'enfant ?	
1	<input type="checkbox"/> Aucune
2	<input type="checkbox"/> Primaire
3	<input type="checkbox"/> Secondaire général inférieur
4	<input type="checkbox"/> Professionnel de qualification
5	<input type="checkbox"/> Technique inférieur
6	<input type="checkbox"/> Secondaire général supérieur
7	<input type="checkbox"/> Professionnel de transition
8	<input type="checkbox"/> Technique supérieur
9	<input type="checkbox"/> Supérieur Non universitaire
10	<input type="checkbox"/> Supérieur Universitaire
11	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :

Cocher le niveau d'étude le plus élevé atteint

	1 Belgique	2 Maroc	3 Italie	4 Turquie	5 Congo (RDC)	6 Autre, précisez :
42. Quel est le pays de naissance de la mère ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
43. Quelle est la nationalité d'origine de la mère ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
44. Quelle est la nationalité actuelle de la mère ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
45. Quelle est la nationalité de l'enfant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

46. Votre enfant bénéficie-t-il actuellement d'un mode de garde en dehors de la maison ?	
1	<input type="checkbox"/> Oui
2	<input type="checkbox"/> Non, passez à la question 47
46.1 Si OUI, lequel :	
1	<input type="checkbox"/> Crèche Subsidée (ex. communale)
2	<input type="checkbox"/> Crèche privée
3	<input type="checkbox"/> Une gardienne agréée
4	<input type="checkbox"/> Grands-parents ou famille
5	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :

47. Votre enfant fréquente-t-il une consultation ONE (autre que la consultation ONE de la crèche)?	
1	<input type="checkbox"/> Toujours depuis la naissance de l'enfant
2	<input type="checkbox"/> De façon régulière
3	<input type="checkbox"/> De façon irrégulière
4	<input type="checkbox"/> Non, jamais

48.	Le système des autocollants présent dans le carnet de l'enfant et permettant aux médecins d'obtenir gratuitement les vaccins nécessaires à votre enfant a-t-il été efficace pour votre enfant ?		
	1	<input type="checkbox"/> Oui	
	2	<input type="checkbox"/> Non, <i> passez aux questions 48.1 et 48.2</i>	
	3	<input type="checkbox"/> Ne sait pas	
48.1	Si NON, était-ce pour un vaccin particulier ?		48.2
	1	<input type="checkbox"/> Oui, le(s)quel(s)	1 <input type="checkbox"/> Perte de carnet
			2 <input type="checkbox"/> Ne connaît pas le carnet de l'enfant
			3 <input type="checkbox"/> Impossibilité de remplacer des autocollants
			4 <input type="checkbox"/> Pas reçu de carnet à la maternité
	2	<input type="checkbox"/> Non	5 <input type="checkbox"/> Famille séparée
			6 <input type="checkbox"/> Vaccinateur ayant gardé tous les autocollants (médecin de la crèche, médecin généraliste, ...)
			7 <input type="checkbox"/> Vaccin fait séparément
			8 <input type="checkbox"/> Retard dans la livraison du vaccin
			9 <input type="checkbox"/> Le médecin ne connaît pas le système
			10 <input type="checkbox"/> Le médecin refuse d'utiliser le système et fait une prescription
			11 <input type="checkbox"/> Autre, précisez :

Merci de votre collaboration.



Enquête de couverture vaccinale des enfants de la Communauté française – 2006

Autorisation pour consulter les caractéristiques vaccinales de l'enfant :

Je soussigné

, parent de l'enfant

né le ____/____/____, autorise les enquêteurs du projet "Enquête de couverture vaccinale des enfants de la Communauté française – 2006" à consulter les dates de vaccination de l'enfant à l'adresse suivante :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Date :

Signature :