MELHORIA NUTRICIONAL SUSTENTÁVEL: MEIO TERMO: CHUABO: MAR/ABR 2004

A. IDENTIFICAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

A01. DISTRITO: **A02. LOCALIDADE:** **A03. ALDEIA:** **A04. AF:**

A05. CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR: **SE MUDOU: NOVO ALDEIA:**

A06. QUAL É O TIPO DE CHEFE NESTE MOMENTO: (1- HOMEM 2- MULHER COM APOIO 3- MULHER SEM APOIO): |___| EM RONDA 2 FOI:

A07. CRIANÇA MUDOU DE RESIDENCIA DESDE RONDA 2? (0- NÃO 1- SIM) |___| A08. *SE MUDOU:* LOCAL: |___||___| ALDEIA:_____|___|___|

A09	DATA DE 1º ENTREVISTA			/			A13. INQUIRIDOR				A17. DATA DE 1º DIGITAÇÃO			/		
A10.	TEMPO DO INÍCIO			:			A14. CONTROLADOR				A18. 1º DIGITADOR					
A11.	TEMPO AO FIM			:			A15. VOLTA A FAZER	0- Não 1- Sim			A19. DATA DE 2º DIGITAÇÃO			/		
A12	DATA DE 2º ENTREVISTA						A16. INQUIRIDOR DE 2º	COMPLETOU?			A20. 2º DIGITADOR					
PROBLEMAS:											**A21. *PORQUÊ NÃO FOI FEITO: (0- FOI FEITO)***					

CRIANÇA DA REFERÊNCIA: **DATA DE ENTREVISTA (RONDA 2):**

MAMOU EM RONDA 2: (0- Não 1- Sim): ***SE PAROU:* IDADE: ANOS: MESES: PORQUE PAROU:**

MÃE/ZELADOR DA CRIANÇA:

A22. *SE ZELADOR MUDOU:* NOVA ZELADOR MULHER: |____|____| _____

REFERIR A LISTA DE REFERÊNCIA PARA MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR PRESENTES NA RONDA 2:

1. **PARA OS MEMBROS MAIS DE 60 MESES: COPIAR OS SEUS NOMES NA PÁGINA 2 E VERIFICAR A INFORMAÇÃO.**
2. **PARA AS CRIANÇAS MENOS DE 60 MESES NO INÍCIO DE ESTUDO, COPIAR OS SEUS NOMES EM BAIXO E NOTAR SE AINDA ESTA RESIDENTE:**

CRIANÇAS MENOS DE 60 MESES:

IDNO		NOME	E RESIDENTE AGORA? 0- Não 1-Sim	SE SAIU: PORQUE?	Código		ONDE/CAUSA	Código	*Se faleuceu: Data de Falecimento* Dia		Mes		Ano	