

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN
 MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
 PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME AU CAMEROUN DE 2022 (EIPC 2022)
 QUESTIONNAIRE BIOMARQUEUR

IDENTIFICATION											
RÉGION _____											
DÉPARTEMENT _____											
ARRONDISSEMENT _____											
LOCALITÉ _____											
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____											
NUMÉRO DE GRAPPE				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							
NUMÉRO DE STRUCTURE				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							
NUMÉRO DU MÉNAGE				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							
VISITES AGENT DE SANTÉ											
	1	2	3	VISITE FINALE							
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>							
NOM DE L'AGENT DE SANTÉ	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>							
				ANNÉE <table border="1" style="width: 60px; height: 20px; float: right;"><tr><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>2</td></tr></table>	2	0	2	2			
2	0	2	2								
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"><tr><td> </td></tr></table>							
HEURE	_____	_____									
NOTES: _____ _____ _____ _____				TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>							
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td>0</td><td>2</td></tr></table>	0	2	LANGUE DE L'INTERVIEW**	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTE**	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		
0	2										
				INTERPRÈTE (OUI = 1, NON = 2) <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td></tr></table>							
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	FRANÇAIS										
	**CODES LANGUES : 01 ENGLISH 03 FUFULDE 96 AUTRE 02 FRANÇAIS 04 PIDGIN										
	(PRÉCISEZ)										
ÉQUIPE		CHEF D'ÉQUIPE									
<table border="1" style="width: 60px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				<table border="1" style="width: 60px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							
NUMÉRO		NOM									
		NUMÉRO									

TESTS D'ANÉMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS-4 ANS

101	VÉRIFIEZ LE RESULTAT CAPI DE LA "LISTE DES INDIVIDUS/BIOMARQUEURS ÉLIGIBLES" INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES ÂGÉS DE 0-5 ANS À 102 SUR CETTE PAGE ET SUR LES PAGES SUIVANTES À PARTIR DU PREMIER INSCRIT. SI PLUS DE 3 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRE (S) SUPPLÉMENTAIRE (S).		
	ENFANT 1		ALLEZ À
102	VÉRIFIEZ LE RESULTAT CAPI, LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'ENFANT.	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>	
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L' ENFANT (JOUR , MOIS, ET ANNEE) À PARTIR DE L' HISTORIQUE DES NAISSANCES SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE DEMANDEZ : Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ L'ÂGE DE L'ENFANT À PARTIR DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 103 ET/OU 104 SI INCONSISTANT.	ÂGE EN ANNÉES REVOLUES <input type="text"/>	
105	VÉRIFIEZ 104: L'ENFANT A 0-4 ANS? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 129
106	VÉRIFIEZ 103: L'ENFANT A-T-IL 0-5 MOIS PLUS ÂGÉ <input type="checkbox"/> 0-5 MOIS <input type="checkbox"/>		→ 129
107	NOM DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 2 DU TABLEAU MÉNAGE).	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>	
108	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LES TESTS DE PALUDISME ET D'ANÉMIE :</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme et un test pour vérifier s'ils ont ou non de l'anémie. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, de paludisme ou d'autres infections ou de maladie chronique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le paludisme et l'anémie. Nous demandons que tous les enfants âgés de 6 mois à 4 ans participent aux tests de paludisme et d'anémie. Les tests nécessitent quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. L'équipement utilisé pour prendre le sang est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera immédiatement testé pour le paludisme et l'anémie et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer aux tests de paludisme et d'anémie ?</p>		
109	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ 1 REFUS 2 PAS PRÉSENT/AUTRE 3	
110	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO [DE L'AGENT DE SANTÉ	_____ (SIGNEZ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO AGENT DE SANTÉ	

TESTS D'ANÉMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS-4 ANS

ENFANT 1		ALLEZ À																											
111	SI LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU, PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES POUR LES TESTS ET CONTINUEZ AVEC LES TESTS.																												
113	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PAS PRÉSENT994 REFUS 995 AUTRE 996																											
114	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF 1 NÉGATIF 2 PAS PRÉSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 → 126 → 128 → 126																											
115	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants : a) Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême? b) Problèmes cardiaques? c) Perte de conscience? d) Respiration difficile ou rapide ? e) Convulsions ? f) Saignements anormaux ? g) Jaunisse ou peau jaunâtre ? h) Urines foncées ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PROSTRATION</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) PROBLÈMES CARDIAQUES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) PERTE CONSCIENCE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) CONVULSIONS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) SAIGNEMENTS ANORMAUX</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) URINE FONCÉES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	a) PROSTRATION	1	2	b) PROBLÈMES CARDIAQUES	1	2	c) PERTE CONSCIENCE	1	2	d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE	1	2	e) CONVULSIONS	1	2	f) SAIGNEMENTS ANORMAUX	1	2	g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE	1	2	h) URINE FONCÉES	1	2
	OUI	NON																											
a) PROSTRATION	1	2																											
b) PROBLÈMES CARDIAQUES	1	2																											
c) PERTE CONSCIENCE	1	2																											
d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE	1	2																											
e) CONVULSIONS	1	2																											
f) SAIGNEMENTS ANORMAUX	1	2																											
g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE	1	2																											
h) URINE FONCÉES	1	2																											
116	VÉRIFIEZ 115: Y A-T-IL UN 'OUI' NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	→ 118																											
117	VÉRIFIEZ 113 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 AUTRE 6 → 119																											
118	<u>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE.</u> Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme sévère. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené tout de suite dans une formation sanitaire. ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DU PALUDISME SÉVÈRE.	→ 126																											
119	Au cours des 2 dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la CTA telle que de l'Artésunate-Amodiaquine, de l'Artéméther-Luméfantrine ou de la Dihydroartémisinine + Pipéraquline donnée par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI 1 NON 2 → 121																											
120	<u>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ DE LA CTA.</u> Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu de la CTA pour le paludisme. Je ne peux donc pas vous donner une dose supplémentaire. Cependant, le test montre qu'il/elle a du paludisme. Si votre enfant a de la fièvre pendant 2 jours après la dernière dose de la CTA, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens approfondis.	→ 128																											

TESTS D'ANÉMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS-4 ANS

	ENFANT 1	ALLEZ À																								
121	<p>LIRE LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.</p> <p>Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Les médicaments sont appelés Artésunate-Amodiaquine ou Artéméther-Luméfantrine. L'Artésunate-Amodiaquine ou l'Artéméther-Luméfantrine sont très efficaces et d'ici quelques jours, il n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de donner le médicament à l'enfant. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plaît, si vous acceptez, ou non, le médicament.</p>																									
122	<p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p>	<p>MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 AUTRE 6</p> <p align="right">→ 128</p>																								
123	<p>SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT DE SANTÉ</p>	<p align="center">_____ (SIGNEZ)</p> <div style="text-align: center;"> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>NUMERO AGENT DE SANTÉ</p> </div>																								
124	<p>VÉRIFIEZ 122: MÉDICAMENT ACCEPTÉ ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p align="center">↓</p>	→ 128																								
125	<p>LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p align="center">TRAITEMENT AVEC DE L'ARTESUNATE-AMODIAQUINE (AA)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">AGE</th> <th style="width: 25%;">JOUR 1</th> <th style="width: 25%;">JOUR 2</th> <th style="width: 35%;">JOUR 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">6-11 MOIS</td> <td>1 Comprimé AS-AQ (25 mg/ 67,5 mg) une fois par jour</td> <td>1 Comprimé AS-AQ (25 mg/ 67,5 mg) une fois par jour</td> <td>1 Comprimé AS-AQ (25 mg/ 67,5 mg) une fois par jour</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">12-59 MOIS</td> <td>1 Comprimé AS-AQ (50 mg/ 135 mg) une fois par jour</td> <td>1 Comprimé AS-AQ (50 mg/ 135 mg) une fois par jour</td> <td>1 Comprimé AS-AQ (50 mg/ 135 mg) une fois par jour</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p align="center">TRAITEMENT AVEC DE L'ARTÉMÉTHET-LUMÉFANTRINE (AL)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">AGE</th> <th style="width: 25%;">JOUR 1</th> <th style="width: 25%;">JOUR 2</th> <th style="width: 35%;">JOUR 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">6-11 MOIS</td> <td>1 Comprimé AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour</td> <td>1 Comprimé AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour</td> <td>1 Comprimé AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">12-59 MOIS</td> <td>2 Comprimés AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour</td> <td>2 Comprimés AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour</td> <td>2 Comprimés AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p>DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les 2 jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p>	AGE	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	6-11 MOIS	1 Comprimé AS-AQ (25 mg/ 67,5 mg) une fois par jour	1 Comprimé AS-AQ (25 mg/ 67,5 mg) une fois par jour	1 Comprimé AS-AQ (25 mg/ 67,5 mg) une fois par jour	12-59 MOIS	1 Comprimé AS-AQ (50 mg/ 135 mg) une fois par jour	1 Comprimé AS-AQ (50 mg/ 135 mg) une fois par jour	1 Comprimé AS-AQ (50 mg/ 135 mg) une fois par jour	AGE	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	6-11 MOIS	1 Comprimé AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour	1 Comprimé AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour	1 Comprimé AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour	12-59 MOIS	2 Comprimés AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour	2 Comprimés AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour	2 Comprimés AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour	→ 128
AGE	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3																							
6-11 MOIS	1 Comprimé AS-AQ (25 mg/ 67,5 mg) une fois par jour	1 Comprimé AS-AQ (25 mg/ 67,5 mg) une fois par jour	1 Comprimé AS-AQ (25 mg/ 67,5 mg) une fois par jour																							
12-59 MOIS	1 Comprimé AS-AQ (50 mg/ 135 mg) une fois par jour	1 Comprimé AS-AQ (50 mg/ 135 mg) une fois par jour	1 Comprimé AS-AQ (50 mg/ 135 mg) une fois par jour																							
AGE	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3																							
6-11 MOIS	1 Comprimé AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour	1 Comprimé AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour	1 Comprimé AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour																							
12-59 MOIS	2 Comprimés AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour	2 Comprimés AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour	2 Comprimés AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour																							

TESTS D'ANÉMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS-4 ANS

126	VÉRIFIEZ 113 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS 8.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 AUTRE 6	<input type="checkbox"/> → 128												
127	<p><u>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u> Le test d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est très malade et doit être emmené immédiatement dans un établissement de santé.</p> <p>ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST DE L'HÉMOGLOBINE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DE L'ANÉMIE SÉVÈRE.</p>														
128	DATE DU JOUR :	JOUR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>2</td></tr></table>									2	0	2	2	
2	0	2	2												
129	SI UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À LA PAGE SUIVANTE ; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, METTEZ FIN À L'INTERVIEW.														

TESTS D'ANÉMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS-4 ANS

ENFANT 2		ALLEZ À
102	VÉRIFIEZ LE RESULTAT CAPI, LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'ENFANT.	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L' ENFANT (JOUR , MOIS, ET ANNEE) À PARTIR DE L' HISTORIQUE DES NAISSANCES SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE DEMANDEZ : Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
104	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ L'ÂGE DE L'ENFANT À PARTIR DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 103 ET/OU 104 SI INCONSISTANT.	ÂGE EN ANNÉES REVOLUES <input type="text"/>
105	VÉRIFIEZ 104: L'ENFANT A 0-4 ANS? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	→ 129
106	VÉRIFIEZ 103:L'ENFANT A-T-IL 0-5 MOIS PLUS ÂGÉ <input type="checkbox"/> 0-5 MOIS <input type="checkbox"/> OU L'ENFANT EST-IL PLUS ÂGÉ ?	→ 129
107	NOM DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 2 DU TABLEAU MÉNAGE).	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>
108	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LES TESTS DE PALUDISME ET D'ANÉMIE :</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme et un test pour vérifier s'ils ont ou non de l'anémie. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, de paludisme ou d'autres infections ou de maladie chronique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le paludisme et l'anémie. Nous demandons que tous les enfants âgés de 6 mois à 4 ans participent aux tests de paludisme et d'anémie. Les tests nécessitent quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. L'équipement utilisé pour prendre le sang est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera immédiatement testé pour le paludisme et l'anémie et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer aux tests de paludisme et d'anémie ?</p>	
109	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ 1 REFUS 2 PAS PRÉSENT/AUTRE 3
110	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO [DE L'AGENT DE SANTÉ	_____ (SIGNEZ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO AGENT DE SANTÉ

TESTS D'ANÉMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS-4 ANS

ENFANT 2		ALLEZ À																											
111	SI LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU, PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES POUR LES TESTS ET CONTINUEZ AVEC LES TESTS.																												
113	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PAS PRÉSENT994 REFUS995 AUTRE996																											
114	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF 1 NÉGATIF 2 → 126 PAS PRÉSENT 4 → 128 REFUS 5 AUTRE 6 → 126																											
115	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants : a) Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême? b) Problèmes cardiaques? c) Perte de conscience? d) Respiration difficile ou rapide ? e) Convulsions ? f) Saignements anormaux ? g) Jaunisse ou peau jaunâtre ? h) Urines foncées ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PROSTRATION</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) PROBLÈMES CARDIAQUES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) PERTE CONSCIENCE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) CONVULSIONS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) SAIGNEMENTS ANORMAUX</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) URINE FONCÉES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	a) PROSTRATION	1	2	b) PROBLÈMES CARDIAQUES	1	2	c) PERTE CONSCIENCE	1	2	d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE	1	2	e) CONVULSIONS	1	2	f) SAIGNEMENTS ANORMAUX	1	2	g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE	1	2	h) URINE FONCÉES	1	2
	OUI	NON																											
a) PROSTRATION	1	2																											
b) PROBLÈMES CARDIAQUES	1	2																											
c) PERTE CONSCIENCE	1	2																											
d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE	1	2																											
e) CONVULSIONS	1	2																											
f) SAIGNEMENTS ANORMAUX	1	2																											
g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE	1	2																											
h) URINE FONCÉES	1	2																											
116	VÉRIFIEZ 115: Y A-T-IL UN 'OUI' NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	→ 118																											
117	VÉRIFIEZ 113 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 → 119 AUTRE 6																											
118	DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE. Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme sévère. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené tout de suite dans une formation sanitaire. ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DU PALUDISME SÉVÈRE.	→ 126																											
119	Au cours des 2 dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la CTA telle que de l'Artésunate-Amodiaquine, de l'Artéméther-Luméfántrine ou de la Dihydroartémisinine + Pipéraquine donnée par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI 1 NON 2 → 121																											
120	DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ DE LA CTA. Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu de la CTA pour le paludisme. Je ne peux donc pas vous donner une dose supplémentaire. Cependant, le test montre qu'il/elle a du paludisme. Si votre enfant a de la fièvre pendant 2 jours après la dernière dose de la CTA, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens approfondis.	→ 128																											

TESTS D'ANÉMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS-4 ANS

ENFANT 2		ALLEZ À																								
121	<p>LIRE LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.</p> <p>Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Les médicaments sont appelés Artésunate-Amodiaquine ou Artéméther-Luméfantrine. L'Artésunate-Amodiaquine ou l'Artéméther-Luméfantrine sont très efficaces et d'ici quelques jours, il n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de donner le médicament à l'enfant. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plaît, si vous acceptez, ou non, le médicament.</p>																									
122	<p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 AUTRE 6</p>	→ 128																								
123	<p>SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT DE SANTÉ</p> <p style="text-align: center;">_____ (SIGNEZ)</p> <p style="text-align: center;">□ □ □ □ NUMERO AGENT DE SANTÉ</p>																									
124	<p>VÉRIFIEZ 122: MÉDICAMENT ACCEPTÉ ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	→ 128																								
125	<p>LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">TRAITEMENT AVEC DE L'ARTESUNATE-AMODIAQUINE (AA)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">ÂGE</th> <th style="width: 25%;">JOUR 1</th> <th style="width: 25%;">JOUR 2</th> <th style="width: 35%;">JOUR 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">6-11 MOIS</td> <td>1 Comprimé AS-AQ (25 mg/ 67,5 mg) une fois par jour</td> <td>1 Comprimé AS-AQ (25 mg/ 67,5 mg) une fois par jour</td> <td>1 Comprimé AS-AQ (25 mg/ 67,5 mg) une fois par jour</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">12-59 MOIS</td> <td>1 Comprimé AS-AQ (50 mg/ 135 mg) une fois par jour</td> <td>1 Comprimé AS-AQ (50 mg/ 135 mg) une fois par jour</td> <td>1 Comprimé AS-AQ (50 mg/ 135 mg) une fois par jour</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;">TRAITEMENT AVEC DE L'ARTÉMÉTHÉTER-LUMÉFANTRINE (AL)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">ÂGE</th> <th style="width: 25%;">JOUR 1</th> <th style="width: 25%;">JOUR 2</th> <th style="width: 35%;">JOUR 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">6-11 MOIS</td> <td>1 Comprimé AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour</td> <td>1 Comprimé AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour</td> <td>1 Comprimé AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">12-59 MOIS</td> <td>2 Comprimés AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour</td> <td>2 Comprimés AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour</td> <td>2 Comprimés AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p>DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les 2 jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p>	ÂGE	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	6-11 MOIS	1 Comprimé AS-AQ (25 mg/ 67,5 mg) une fois par jour	1 Comprimé AS-AQ (25 mg/ 67,5 mg) une fois par jour	1 Comprimé AS-AQ (25 mg/ 67,5 mg) une fois par jour	12-59 MOIS	1 Comprimé AS-AQ (50 mg/ 135 mg) une fois par jour	1 Comprimé AS-AQ (50 mg/ 135 mg) une fois par jour	1 Comprimé AS-AQ (50 mg/ 135 mg) une fois par jour	ÂGE	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	6-11 MOIS	1 Comprimé AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour	1 Comprimé AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour	1 Comprimé AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour	12-59 MOIS	2 Comprimés AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour	2 Comprimés AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour	2 Comprimés AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour	→ 128
ÂGE	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3																							
6-11 MOIS	1 Comprimé AS-AQ (25 mg/ 67,5 mg) une fois par jour	1 Comprimé AS-AQ (25 mg/ 67,5 mg) une fois par jour	1 Comprimé AS-AQ (25 mg/ 67,5 mg) une fois par jour																							
12-59 MOIS	1 Comprimé AS-AQ (50 mg/ 135 mg) une fois par jour	1 Comprimé AS-AQ (50 mg/ 135 mg) une fois par jour	1 Comprimé AS-AQ (50 mg/ 135 mg) une fois par jour																							
ÂGE	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3																							
6-11 MOIS	1 Comprimé AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour	1 Comprimé AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour	1 Comprimé AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour																							
12-59 MOIS	2 Comprimés AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour	2 Comprimés AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour	2 Comprimés AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour																							

TESTS D'ANÉMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS-4 ANS

126	VÉRIFIEZ 113 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS 8.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 AUTRE 6	→ 128												
127	<p><u>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u> Le test d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est très malade et doit être emmené immédiatement dans un établissement de santé.</p> <p>ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST DE L'HÉMOGLOBINE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DE L'ANÉMIE SÉVÈRE.</p>														
128	DATE DU JOUR :	JOUR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>2</td></tr></table>									2	0	2	2	
2	0	2	2												
129	SI UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À LA PAGE SUIVANTE ; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, METTEZ FIN À L'INTERVIEW.														

TESTS D'ANÉMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS-4 ANS

ENFANT 3		ALLEZ À
102	VÉRIFIEZ LE RESULTAT CAPI, LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'ENFANT.	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L' ENFANT (JOUR , MOIS, ET ANNEE) À PARTIR DE L' HISTORIQUE DES NAISSANCES SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE DEMANDEZ : Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
104	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ L'ÂGE DE L'ENFANT À PARTIR DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 103 ET/OU 104 SI INCONSISTANT.	ÂGE EN ANNÉES REVOLUES <input type="text"/>
105	VÉRIFIEZ 104: L'ENFANT A 0-4 ANS? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	→ 129
106	VÉRIFIEZ 103:L'ENFANT A-T-IL 0-5 MOIS PLUS ÂGÉ <input type="checkbox"/> 0-5 MOIS <input type="checkbox"/>	→ 129
107	NOM DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 2 DU TABLEAU MÉNAGE).	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>
108	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LES TESTS DE PALUDISME ET D'ANÉMIE :</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme et un test pour vérifier s'ils ont ou non de l'anémie. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, de paludisme ou d'autres infections ou de maladie chronique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le paludisme et l'anémie. Nous demandons que tous les enfants âgés de 6 mois à 4 ans participent aux tests de paludisme et d'anémie. Les tests nécessitent quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. L'équipement utilisé pour prendre le sang est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera immédiatement testé pour le paludisme et l'anémie et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer aux tests de paludisme et d'anémie ?</p>	
109	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ 1 REFUS 2 PAS PRÉSENT/AUTRE 3
110	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO [DE L'AGENT DE SANTÉ	_____ (SIGNEZ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO AGENT DE SANTÉ

TESTS D'ANÉMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS-4 ANS

ENFANT 3		ALLEZ À																											
111	SI LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU, PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES POUR LES TESTS ET CONTINUEZ AVEC LES TESTS.																												
113	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PAS PRÉSENT994 REFUS995 AUTRE996																											
114	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF 1 NÉGATIF 2 → 126 PAS PRÉSENT 4 → 128 REFUS 5 AUTRE 6 → 126																											
115	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants : a) Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême? b) Problèmes cardiaques? c) Perte de conscience? d) Respiration difficile ou rapide ? e) Convulsions ? f) Saignements anormaux ? g) Jaunisse ou peau jaunâtre ? h) Urines foncées ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PROSTRATION</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) PROBLÈMES CARDIAQUES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) PERTE CONSCIENCE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) CONVULSIONS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) SAIGNEMENTS ANORMAUX</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) URINE FONCÉES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	a) PROSTRATION	1	2	b) PROBLÈMES CARDIAQUES	1	2	c) PERTE CONSCIENCE	1	2	d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE	1	2	e) CONVULSIONS	1	2	f) SAIGNEMENTS ANORMAUX	1	2	g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE	1	2	h) URINE FONCÉES	1	2
	OUI	NON																											
a) PROSTRATION	1	2																											
b) PROBLÈMES CARDIAQUES	1	2																											
c) PERTE CONSCIENCE	1	2																											
d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE	1	2																											
e) CONVULSIONS	1	2																											
f) SAIGNEMENTS ANORMAUX	1	2																											
g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE	1	2																											
h) URINE FONCÉES	1	2																											
116	VÉRIFIEZ 115: Y A-T-IL UN 'OUI' NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	→ 118																											
117	VÉRIFIEZ 113 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 → 119 AUTRE 6																											
118	DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE. Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme sévère. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené tout de suite dans une formation sanitaire. ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DU PALUDISME SÉVÈRE.	→ 126																											
119	Au cours des 2 dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la CTA telle que de l'Artésunate-Amodiaquine, de l'Artéméther-Luméfántrine ou de la Dihydroartémisinine + Pipéraquine donnée par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI 1 NON 2 → 121																											
120	DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ DE LA CTA. Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu de la CTA pour le paludisme. Je ne peux donc pas vous donner une dose supplémentaire. Cependant, le test montre qu'il/elle a du paludisme. Si votre enfant a de la fièvre pendant 2 jours après la dernière dose de la CTA, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens approfondis.	→ 128																											

TESTS D'ANÉMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS-4 ANS

ENFANT 3		ALLEZ À																								
121	<p>LIRE LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.</p> <p>Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Les médicaments sont appelés Artésunate-Amodiaquine ou Artéméther-Luméfantrine. L'Artésunate-Amodiaquine ou l'Artéméther-Luméfantrine sont très efficaces et d'ici quelques jours, il n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de donner le médicament à l'enfant. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plaît, si vous acceptez, ou non, le médicament.</p>																									
122	<p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 AUTRE 6</p>	→ 128																								
123	<p>SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT DE SANTÉ</p> <p style="text-align: center;">_____ (SIGNEZ)</p> <p style="text-align: center;">□ □ □ □ NUMERO AGENT DE SANTÉ</p>																									
124	<p>VÉRIFIEZ 122: MÉDICAMENT ACCEPTÉ ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	→ 128																								
125	<p>LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">TRAITEMENT AVEC DE L'ARTESUNATE-AMODIAQUINE (AA)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">ÂGE</th> <th style="width: 25%;">JOUR 1</th> <th style="width: 25%;">JOUR 2</th> <th style="width: 35%;">JOUR 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">6-11 MOIS</td> <td>1 Comprimé AS-AQ (25 mg/ 67,5 mg) une fois par jour</td> <td>1 Comprimé AS-AQ (25 mg/ 67,5 mg) une fois par jour</td> <td>1 Comprimé AS-AQ (25 mg/ 67,5 mg) une fois par jour</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">12-59 MOIS</td> <td>1 Comprimé AS-AQ (50 mg/ 135 mg) une fois par jour</td> <td>1 Comprimé AS-AQ (50 mg/ 135 mg) une fois par jour</td> <td>1 Comprimé AS-AQ (50 mg/ 135 mg) une fois par jour</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;">TRAITEMENT AVEC DE L'ARTÉMÉTHÉTER-LUMÉFANTRINE (AL)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">ÂGE</th> <th style="width: 25%;">JOUR 1</th> <th style="width: 25%;">JOUR 2</th> <th style="width: 35%;">JOUR 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">6-11 MOIS</td> <td>1 Comprimé AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour</td> <td>1 Comprimé AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour</td> <td>1 Comprimé AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">12-59 MOIS</td> <td>2 Comprimés AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour</td> <td>2 Comprimés AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour</td> <td>2 Comprimés AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p>DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les 2 jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p>	ÂGE	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	6-11 MOIS	1 Comprimé AS-AQ (25 mg/ 67,5 mg) une fois par jour	1 Comprimé AS-AQ (25 mg/ 67,5 mg) une fois par jour	1 Comprimé AS-AQ (25 mg/ 67,5 mg) une fois par jour	12-59 MOIS	1 Comprimé AS-AQ (50 mg/ 135 mg) une fois par jour	1 Comprimé AS-AQ (50 mg/ 135 mg) une fois par jour	1 Comprimé AS-AQ (50 mg/ 135 mg) une fois par jour	ÂGE	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	6-11 MOIS	1 Comprimé AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour	1 Comprimé AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour	1 Comprimé AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour	12-59 MOIS	2 Comprimés AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour	2 Comprimés AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour	2 Comprimés AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour	→ 128
ÂGE	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3																							
6-11 MOIS	1 Comprimé AS-AQ (25 mg/ 67,5 mg) une fois par jour	1 Comprimé AS-AQ (25 mg/ 67,5 mg) une fois par jour	1 Comprimé AS-AQ (25 mg/ 67,5 mg) une fois par jour																							
12-59 MOIS	1 Comprimé AS-AQ (50 mg/ 135 mg) une fois par jour	1 Comprimé AS-AQ (50 mg/ 135 mg) une fois par jour	1 Comprimé AS-AQ (50 mg/ 135 mg) une fois par jour																							
ÂGE	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3																							
6-11 MOIS	1 Comprimé AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour	1 Comprimé AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour	1 Comprimé AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour																							
12-59 MOIS	2 Comprimés AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour	2 Comprimés AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour	2 Comprimés AL (20 mg/ 120 mg) deux fois par jour																							

TESTS D'ANÉMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS-4 ANS

126	VÉRIFIEZ 113 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS 8.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 AUTRE 6	→ 128												
127	<p><u>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u> Le test d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est très malade et doit être emmené immédiatement dans un établissement de santé.</p> <p>ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST DE L'HÉMOGLOBINE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DE L'ANÉMIE SÉVÈRE.</p>														
128	DATE DU JOUR :	JOUR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>2</td></tr></table>									2	0	2	2	
2	0	2	2												
129	SI UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 DU QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE ; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, METTEZ FIN À L'INTERVIEW.														

OBSERVATIONS DE L'AGENT DE TERRAIN
À REMPLIR, UNE FOIS L'ENQUÊTE SUR LES BIOMARQUEURS TERMINÉE

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME AU CAMEROUN DE 2022 (EIPC 2022)
 QUESTIONNAIRE STANDARD DE L'AGENT DE TERRAIN

LANGUE DU
 QUESTIONNAIRE **FRANÇAIS**

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
100	Quel est votre nom ?	NOM _____	
101	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT DE TERRAIN	NUMÉRO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
INSTRUCTIONS Dans le cadre de EIPC 2022, nous collectons des informations sur tous les agents de terrain de EIPC 2022. Veuillez répondre aux questions ci-dessous. Les informations que vous fournirez feront partie du fichier de données de l'enquête ; cependant, votre nom sera supprimé et ne fera pas partie du fichier de données. Merci de fournir les informations nécessaires.			
102	Dans quelle RÉGION vivez-vous ?	ADAMAOUA 01 CENTRE (SANS YAOUNDÉ) 02 DOUALA 03 EST 04 EXTRÊME-NORD 05 LITTORAL (SANS DOUALA) 06 NORD 07 NORD-OUEST 08 OUEST 09 SUD 10 SUD-OUEST 09 YAOUNDÉ 10	
103	Vivez-vous dans une grande ville, une petite ville ou en zone rurale ?	GRANDE VILLE 1 PETITE VILLE 2 ZONE RURALE 3	
104	Quel âge avez-vous ? INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES	ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/>	
105	Êtes-vous un homme ou une femme ?	HOMME 1 FEMME 2	
106	Quel est votre état matrimonial actuel ?	ACTUELLEMENT MARIÉ 1 VIT AVEC UN HOMME/UNE FEMME 2 VEUF/VEUVE 3 DIVORCÉ 4 SÉPARÉ 5 JAMAIS MARIÉ OU N'A JAMAIS VÉCU AVEC HOMME/FEMME 6	
107	Combien d'enfants vivants avez-vous ? INCLURE SEULEMENT VOS ENFANTS BIOLOGIQUES.	ENFANTS VIVANTS <input type="text"/> <input type="text"/>	
108	Avez-vous eu un enfant qui est décédé ?	OUI 1 NON 2	