

ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU
 PALUDISME EIPM 2016
 QUESTIONNAIRE STANDARD BIOMARQUEUR

MADAGASCAR
 INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

DIRECTION DE LA DÉMOGRAPHIE
 ET DES STATISTIQUES SOCIALES

IDENTIFICATION														
NOM DE LA LOCALITÉ _____														
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____														
NUMÉRO DE GRAPPE				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><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></tr> </table>										
RÉGION				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										
DISTRICT				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										
COMMUNE				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										
VILLE/RURAL (VILLE=1, RURAL=2)				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>										
VISITES L'AGENT DE TERRAIN														
	1	2	3	VISITE FINALE										
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>										
NOM DE L'AGENT DE TERRAIN	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>										
			ANNÉE <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">6</td></tr> </table>	2	0	1	6							
2	0	1	6											
				No. ADT <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										
PROCHAINE DATE VISITE HEURE	_____ _____	_____ _____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>										
NOTES: _____ _____ _____ _____ _____			TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>											
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> </table>	0	0	LANGUE DE L'INTERVIEW**	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ**	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>	
0	0													
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	ENGLISH		**CODES LANGUES :											
			01 FRANÇAIS		03 AUTRE _____									
			02 MALGACHE		(PRÉCISEZ)									
CHEF D'EQUIPE														
NOM	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						NUMÉRO							

TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 3 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9 . NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (JOUR, MOIS ET ANNÉE) DU TABLEAU DES NAISSANCES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE What is (NAME)'s date of birth?	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"/>	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"/>	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	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2011-2016?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 130) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 130) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 130) ←
105	VÉRIFIEZ 103: EST-CE QUE L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ AU COURS DU MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS 1 (PASSEZ À 130) ← PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (PASSEZ À 130) ← PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (PASSEZ À 130) ← PLUS ÂGÉ 2
106	N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE)	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)
107 (2)	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE	<p>As part of this survey, we are asking children all over the country to take an anemia test. Anemia is a serious health problem that usually results from poor nutrition, infection, or chronic disease. This survey will assist the government to develop programs to prevent and treat anemia. We ask that all children born in 2011 or later take part in anemia testing in this survey and give a few drops of blood from a finger or heel. The equipment used to take the blood is clean and completely safe. It has never been used before and will be thrown away after each test.</p> <p>The blood will be tested for anemia immediately, and the result will be told to you right away. The result will be kept strictly confidential and will not be shared with anyone other than members of our survey team.</p> <p>Do you have any questions? You can say yes or no. It is up to you to decide. Will you allow (NAME OF CHILD) to participate in the anemia test?</p>		
108	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	ACCORDÉ 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2 ABSENTE/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2 ABSENTE/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2 ABSENTE/AUTRE 3

TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 0-5 ANS

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9 .	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
	NOM DE LA COL. 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____

109 (2)	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE	<p>As part of this survey, we are asking children all over the country to take a test to see if they have malaria. Malaria is a serious illness caused by a parasite transmitted by a mosquito bite. This survey will assist the government to develop programs to prevent malaria.</p> <p>We ask that all children born in 2011 or later take part in malaria testing in this survey and give a few drops of blood from a finger or heel. One blood drop will be tested for malaria immediately, and the result will be told to you right away. A few blood drops will be collected on slide(s) and taken to a laboratory for testing. You will not be told the results of the laboratory testing. All results will be kept strictly confidential and will not be shared with anyone other than members of our survey team.</p> <p>Do you have any questions? You can say yes or no. It is up to you to decide. Will you allow (NAME OF CHILD) to participate in the malaria test?</p>		
110	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ, ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN	ACCORDÉ 1 REFUS 2 ← _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ACCORDÉ 1 REFUS 2 ← _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ACCORDÉ 1 REFUS 2 ← _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		ABSENTE/AUTRE 3	ABSENTE/AUTRE 3	ABSENTE/AUTRE 3
111	PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TEST(S) POUR LEQUELS/LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TEST(S).			

TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 0-5 ANS

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9 .	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
	NOM DE LA COL. 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____

112 (3)	ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DE PALUDISME. 1) COLLEZ LA 1 ^{ère} ÉTIQUETTE DANS LA COLONNE APPROPRIÉE. 2) COLLEZ LA 2 ^è ÉTIQUETTE SUR Q. 112A 3) COLLEZ LA 3 ^è ÉTIQUETTE SUR LE TDR 4) COLLEZ LA 4 ^è ÉTIQUETTE SUR LA LAME CORRESPONDANTE. 5) COLLEZ LA 5 ^è ÉTIQUETTE SUR LE PAPIER FILTRE. 6) COLLEZ LA 6 ^è ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION: GOUTTES DE SANG EPAISSE 7) COLLEZ LA 7 ^è ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION : PAPIER FILTRE.	COLLEZ LA 1 ^{re} ÉTIQUETTE CODE	COLLEZ LA 1 ^{re} ÉTIQUETTE CODE	COLLEZ LA 1 ^{re} ÉTIQUETTE CODE
		ABSENTE ... 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996	ABSENTE ... 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996	ABSENTE ... 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996
112A	ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LA GOUTTE DE SANG SÉCHÉ.	COLLEZ LA 2 ^è ÉTIQUETTE CODE	COLLEZ LA 2 ^è ÉTIQUETTE CODE	COLLEZ LA 2 ^è ÉTIQUETTE CODE
		ABSENTE ... 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996	ABSENTE ... 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996	ABSENTE ... 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996
113	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996
114	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6 (PASSEZ À 116) ←	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6 (PASSEZ À 116) ←	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6 (PASSEZ À 116) ←
115	ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF 1 NÉGATIF 2 AUTRE 6 (PASSEZ À 116) ←	POSITIF 1 NÉGATIF 2 AUTRE 6 (PASSEZ À 116) ←	POSITIF 1 NÉGATIF 2 AUTRE 6 (PASSEZ À 116) ←
115A	ENREGISTRER LA CLASSIFICATION DU TDR DU PALUDISME.	CONTROL ET Pf 1 CONTROL ET PAN 2 CONTROL, Pf, ET PAN . 3 (PASSEZ À 118) ←	CONTROL ET Pf 1 CONTROL ET PAN 2 CONTROL, Pf, ET PAN . 3 (PASSEZ À 118) ←	CONTROL ET Pf 1 CONTROL ET PAN 2 CONTROL, Pf, ET PAN . 3 (PASSEZ À 118) ←
116	VÉRIFIEZ 113: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (PASSEZ À 130) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (PASSEZ À 130) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (PASSEZ À 130) ←

TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 0-5 ANS

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9 .	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/>
	NOM DE LA COL. 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____

117	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE. ENREGISTRER LE RESULTAT DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	The anemia test shows that (NAME OF CHILD) has severe anemia. Your child is very ill and must be taken to a health facility immediately. (PASSEZ À 130)																																																																																			
118 (4)	Does (NAME) suffer from any of the following illnesses or symptoms:	<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>c) PERTE CONSCIENCE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) INSUFFISANCE RESPIRATOIRE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) CONVULSIONS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) SAIGNEMENTS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) ICTÈRE/ JAUNISSE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) URINE NOIRE/BR</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>i) VOMISSEMENTS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	a) PROSTRATION	1	2	c) PERTE CONSCIENCE	1	2	d) INSUFFISANCE RESPIRATOIRE	1	2	e) CONVULSIONS	1	2	f) SAIGNEMENTS	1	2	g) ICTÈRE/ JAUNISSE	1	2	h) URINE NOIRE/BR	1	2	i) VOMISSEMENTS	1	2	<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>c) PERTE CONSCIENCE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) INSUFFISANCE RESPIRATOIRE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) CONVULSIONS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) SAIGNEMENTS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) ICTÈRE/ JAUNISSE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) URINE NOIRE/BR</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) VOMISSEMENTS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	a) PROSTRATION	1	2	c) PERTE CONSCIENCE	1	2	d) INSUFFISANCE RESPIRATOIRE	1	2	e) CONVULSIONS	1	2	f) SAIGNEMENTS	1	2	g) ICTÈRE/ JAUNISSE	1	2	h) URINE NOIRE/BR	1	2	h) VOMISSEMENTS	1	2	<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>c) PERTE CONSCIENCE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) INSUFFISANCE RESPIRATOIRE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) CONVULSIONS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) SAIGNEMENTS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) ICTÈRE/ JAUNISSE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) URINE NOIRE/BR</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) VOMISSEMENTS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	a) PROSTRATION	1	2	c) PERTE CONSCIENCE	1	2	d) INSUFFISANCE RESPIRATOIRE	1	2	e) CONVULSIONS	1	2	f) SAIGNEMENTS	1	2	g) ICTÈRE/ JAUNISSE	1	2	h) URINE NOIRE/BR	1	2	h) VOMISSEMENTS	1	2
	OUI	NON																																																																																			
a) PROSTRATION	1	2																																																																																			
c) PERTE CONSCIENCE	1	2																																																																																			
d) INSUFFISANCE RESPIRATOIRE	1	2																																																																																			
e) CONVULSIONS	1	2																																																																																			
f) SAIGNEMENTS	1	2																																																																																			
g) ICTÈRE/ JAUNISSE	1	2																																																																																			
h) URINE NOIRE/BR	1	2																																																																																			
i) VOMISSEMENTS	1	2																																																																																			
	OUI	NON																																																																																			
a) PROSTRATION	1	2																																																																																			
c) PERTE CONSCIENCE	1	2																																																																																			
d) INSUFFISANCE RESPIRATOIRE	1	2																																																																																			
e) CONVULSIONS	1	2																																																																																			
f) SAIGNEMENTS	1	2																																																																																			
g) ICTÈRE/ JAUNISSE	1	2																																																																																			
h) URINE NOIRE/BR	1	2																																																																																			
h) VOMISSEMENTS	1	2																																																																																			
	OUI	NON																																																																																			
a) PROSTRATION	1	2																																																																																			
c) PERTE CONSCIENCE	1	2																																																																																			
d) INSUFFISANCE RESPIRATOIRE	1	2																																																																																			
e) CONVULSIONS	1	2																																																																																			
f) SAIGNEMENTS	1	2																																																																																			
g) ICTÈRE/ JAUNISSE	1	2																																																																																			
h) URINE NOIRE/BR	1	2																																																																																			
h) VOMISSEMENTS	1	2																																																																																			
119	VÉRIFIEZ 118: Y A-T-IL UN 'OUI' ENCIRCLÉ?	<table border="0"> <tr> <td>NON</td> <td>OUI</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(PASSEZ À 122) ←</td> </tr> </table>	NON	OUI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(PASSEZ À 122) ←		<table border="0"> <tr> <td>NON</td> <td>OUI</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(PASSEZ À 122) ←</td> </tr> </table>	NON	OUI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(PASSEZ À 122) ←		<table border="0"> <tr> <td>NON</td> <td>OUI</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(PASSEZ À 122) ←</td> </tr> </table>	NON	OUI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(PASSEZ À 122) ←																																																																
NON	OUI																																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																				
(PASSEZ À 122) ←																																																																																					
NON	OUI																																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																				
(PASSEZ À 122) ←																																																																																					
NON	OUI																																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																				
(PASSEZ À 122) ←																																																																																					
120	VÉRIFIEZ 113: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	<table border="0"> <tr> <td>EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ...</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(PASSEZ À 122) ←</td> </tr> <tr> <td>8.0 G/DL OU PLUS ...</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ABSENT</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>REFUS</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>AUTRE</td> <td>6</td> </tr> </table>	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ...	1	(PASSEZ À 122) ←		8.0 G/DL OU PLUS ...	2	ABSENT	3	REFUS	4	AUTRE	6	<table border="0"> <tr> <td>EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ...</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(PASSEZ À 122) ←</td> </tr> <tr> <td>8.0 G/DL OU PLUS ...</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ABSENT</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>REFUS</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>AUTRE</td> <td>6</td> </tr> </table>	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ...	1	(PASSEZ À 122) ←		8.0 G/DL OU PLUS ...	2	ABSENT	3	REFUS	4	AUTRE	6	<table border="0"> <tr> <td>EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ...</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(PASSEZ À 122) ←</td> </tr> <tr> <td>8.0 G/DL OU PLUS ...</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ABSENT</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>REFUS</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>AUTRE</td> <td>6</td> </tr> </table>	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ...	1	(PASSEZ À 122) ←		8.0 G/DL OU PLUS ...	2	ABSENT	3	REFUS	4	AUTRE	6																																													
EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ...	1																																																																																				
(PASSEZ À 122) ←																																																																																					
8.0 G/DL OU PLUS ...	2																																																																																				
ABSENT	3																																																																																				
REFUS	4																																																																																				
AUTRE	6																																																																																				
EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ...	1																																																																																				
(PASSEZ À 122) ←																																																																																					
8.0 G/DL OU PLUS ...	2																																																																																				
ABSENT	3																																																																																				
REFUS	4																																																																																				
AUTRE	6																																																																																				
EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ...	1																																																																																				
(PASSEZ À 122) ←																																																																																					
8.0 G/DL OU PLUS ...	2																																																																																				
ABSENT	3																																																																																				
REFUS	4																																																																																				
AUTRE	6																																																																																				
121 (5)	In the past two weeks has (NAME) taken or is taking [FIRST LINE MEDICATION] given by a doctor or health center to treat the malaria? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	<table border="0"> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(PASSEZ À 123) ←</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(PASSEZ À 124) ←</td> </tr> </table>	OUI	1	(PASSEZ À 123) ←		NON	2	(PASSEZ À 124) ←		<table border="0"> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(PASSEZ À 123) ←</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(PASSEZ À 124) ←</td> </tr> </table>	OUI	1	(PASSEZ À 123) ←		NON	2	(PASSEZ À 124) ←		<table border="0"> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(PASSEZ À 123) ←</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(PASSEZ À 124) ←</td> </tr> </table>	OUI	1	(PASSEZ À 123) ←		NON	2	(PASSEZ À 124) ←																																																										
OUI	1																																																																																				
(PASSEZ À 123) ←																																																																																					
NON	2																																																																																				
(PASSEZ À 124) ←																																																																																					
OUI	1																																																																																				
(PASSEZ À 123) ←																																																																																					
NON	2																																																																																				
(PASSEZ À 124) ←																																																																																					
OUI	1																																																																																				
(PASSEZ À 123) ←																																																																																					
NON	2																																																																																				
(PASSEZ À 124) ←																																																																																					
122	DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE. ENREGISTRER LE RESULTAT DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	The malaria test shows that (NAME OF CHILD) has malaria. Your child also has symptoms of severe malaria. The malaria treatment I have will not help your child, and I cannot give you the medication. Your child is very ill and must be taken to a health facility right away. (PASSEZ À 128)																																																																																			
123 (5)	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE L'ACT.	You have told me that (NAME OF CHILD) had already received [FIRST LINE OF MEDICATION] for malaria. Therefore, I cannot give you additional [FIRST LINE OF MEDICATION]. However, the test shows that he/she has malaria. If your child has a fever for two days after the last dose of [FIRST LINE MEDICATION], you should take the child to the nearest health facility for further examination. (PASSEZ À 130)																																																																																			

TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 0-5 ANS

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9 .	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/>
	NOM DE LA COL. 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____

124 (2)	LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.	The malaria test shows that your child has malaria. We can give you free medicine. The medicine is called [FIRST LINE OF MEDICATION]. [FIRST LINE OF MEDICATION] is very effective and in a few days it should get rid of the fever and other symptoms. You do not have to give the child the medicine. This is up to you. Please tell me whether you accept the medicine or not.		
------------	--	---	--	--

125	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	MÉDICAMENT ACCEPT . 1 REFUS 2 AUTRE 6 (SIGNATURE) ←	MÉDICAMENT ACCEPT . 1 REFUS 2 AUTRE 6 (SIGNATURE) ←	MÉDICAMENT ACCEPT . 1 REFUS 2 AUTRE 6 (SIGNATURE) ←
-----	--	--	--	--

126	VÉRIFIEZ 125: MÉDICAMENT ACCEPTÉ	MÉDICAMENT ACCEPT . 1 REFUS 2 AUTRE 6 (PASSEZ À 130) ←	MÉDICAMENT ACCEPT . 1 REFUS 2 AUTRE 6 (PASSEZ À 130) ←	MÉDICAMENT ACCEPT . 1 REFUS 2 AUTRE 6 (PASSEZ À 130) ←
-----	-------------------------------------	---	---	---

127	LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Poids ou Age</th> <th colspan="6">Artésunate + Amodiaquine ASAQ</th> </tr> <tr> <th colspan="2">J1</th> <th colspan="2">J2</th> <th colspan="2">J3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2-11 mois >= 4.5-8 kg</td> <td colspan="2">AS : 25 mg AQ : 67,5 mg ☉</td> <td colspan="2">AS : 25 mg AQ : 67,5 mg ☉</td> <td colspan="2">AS : 25 mg AQ : 67,5 mg ☉</td> </tr> <tr> <td>1-5 ans 9-17 kg</td> <td colspan="2">AS : 50 mg AQ : 135 mg ☉</td> <td colspan="2">AS : 50 mg AQ : 135 mg ☉</td> <td colspan="2">AS : 50 mg AQ : 135 mg ☉</td> </tr> </tbody> </table> <p>Artésunate - Amodiaquine : 1 comprimé par jour pendant 3 jours</p>						Poids ou Age	Artésunate + Amodiaquine ASAQ						J1		J2		J3		2-11 mois >= 4.5-8 kg	AS : 25 mg AQ : 67,5 mg ☉		AS : 25 mg AQ : 67,5 mg ☉		AS : 25 mg AQ : 67,5 mg ☉		1-5 ans 9-17 kg	AS : 50 mg AQ : 135 mg ☉		AS : 50 mg AQ : 135 mg ☉		AS : 50 mg AQ : 135 mg ☉						
		Poids ou Age	Artésunate + Amodiaquine ASAQ																																				
			J1		J2		J3																																
2-11 mois >= 4.5-8 kg	AS : 25 mg AQ : 67,5 mg ☉		AS : 25 mg AQ : 67,5 mg ☉		AS : 25 mg AQ : 67,5 mg ☉																																		
1-5 ans 9-17 kg	AS : 50 mg AQ : 135 mg ☉		AS : 50 mg AQ : 135 mg ☉		AS : 50 mg AQ : 135 mg ☉																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Poids ou Age</th> <th colspan="6">Artéméthér (A) + Luméfantrine (L)</th> </tr> <tr> <th colspan="2">J1</th> <th colspan="2">J2</th> <th colspan="2">J3</th> </tr> <tr> <td></td> <th>Matin</th> <th>Soir</th> <th>Matin</th> <th>Soir</th> <th>Matin</th> <th>Soir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5-14 Kg <3 ans</td> <td>☉</td> <td>☉</td> <td>☉</td> <td>☉</td> <td>☉</td> <td>☉</td> </tr> <tr> <td>15-24 Kg (≥ 3-8 ans)</td> <td>☉ ☉</td> <td>☉ ☉</td> <td>☉ ☉</td> <td>☉ ☉</td> <td>☉ ☉</td> <td>☉ ☉</td> </tr> </tbody> </table> <p>Artemether - Lumefantrine : 2 Doses par jour pendant 3 jours. La deuxième dose du premier jour doit être administrée dans les 8 à 12 heures après la première. La posologie au cours du deuxième et du troisième jour est de 2 prises par jour (matin et soir).</p>						Poids ou Age	Artéméthér (A) + Luméfantrine (L)						J1		J2		J3			Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	5-14 Kg <3 ans	☉	☉	☉	☉	☉	☉	15-24 Kg (≥ 3-8 ans)	☉ ☉	☉ ☉	☉ ☉	☉ ☉	☉ ☉	☉ ☉
Poids ou Age	Artéméthér (A) + Luméfantrine (L)																																						
	J1		J2		J3																																		
	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir																																	
5-14 Kg <3 ans	☉	☉	☉	☉	☉	☉																																	
15-24 Kg (≥ 3-8 ans)	☉ ☉	☉ ☉	☉ ☉	☉ ☉	☉ ☉	☉ ☉																																	
(PASSEZ À 130)																																							

128	VÉRIFIEZ 113: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (PASSEZ À 130) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (PASSEZ À 130) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (PASSEZ À 130) ←
-----	---------------------------------------	---	---	---

129	<u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u> ENREGISTRER LE RESULTAT DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	The anemia test shows that (NAME OF CHILD) has severe anemia. Your child is very ill and must be taken to a health facility immediately.		
-----	--	--	--	--

130	RETOURNEZ À 103 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA 1ERE COLONNE DU/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S); S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW.			
-----	---	--	--	--

