

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ A MADAGASCAR
QUESTIONNAIRE STANDARD BIOMARQUEUR

MADAGASCAR
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INSTAT)

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><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>				
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ? (1=OUI, 2=NON)				<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>				
VISITES L'AGENT DE TERRAIN								
	1	2	3	VISITE FINALE				
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 20px; height: 20px; float: right;"></table>				
NOM DE L'AGENT DE TERRAIN	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="width: 20px; height: 20px; float: right;"></table>				
				ANNÉE <table border="1" style="width: 20px; height: 20px; float: right;"></table>				
PROCHAINE DATE VISITE HEURE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 20px; height: 20px; float: right;"></table>				
NOTES: _____ _____ _____				TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <table border="1" style="width: 20px; height: 20px; float: right;"></table>				
				TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES <table border="1" style="width: 20px; height: 20px; float: right;"></table>				
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;">0</table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;">1</table>	LANGUE DE L'INTERVIEW**	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTE**	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>			
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	FRANÇAIS		**CODES LANGUES :		TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2) <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>			
			01 FRANÇAIS	03 LANGUE 3	05 LANGUE 5			
			02 MALAGASY	04 LANGUE 4	06 LANGUE 6			
CHEF D'EQUIPE		ENQUETRICE		BIOMARQUEUR				
_____	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	_____	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	_____	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>			
NOM	NUMÉRO	NOM	NUMÉRO	NOM	NUMÉRO			

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET LE TEST DU PALUDISME DES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 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 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIEZ TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 . 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 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"/>	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 2016-2021?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 131) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 131) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 131) ←
105	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996
106	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996 (ALLEZ À 108) ←	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996 (ALLEZ À 108) ←	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996 (ALLEZ À 108) ←
107	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2
108	MESUREUR: INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN
109	VÉRIFIEZ 103: L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ DURANT LE MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 131) ← PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 131) ← PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 131) ← PLUS ÂGÉ 2
110	NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE .	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET LE TEST DU PALUDISME DES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 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 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIEZ TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 . 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 _____

111	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Nous demandons que tous les enfants nés en 2016, ou plus tard, participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué 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 pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?</p>		
112	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUS 2 ABSENTE/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUS 2 ABSENTE/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUS 2 ABSENTE/AUTRE 3

CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST DE PALUDISME

113	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE.	<p>Dans le cadre de cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir le paludisme.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2016 ou plus tard participent au test de paludisme inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Nous utiliserons le sang de la même piqûre au même doigt que pour le test d'anémie. Une goutte de sang sera testée pour le paludisme immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Un traitement sera proposé aux enfants présentant un paludisme simple s'ils ne sont pas déjà sur traitement. Les enfants avec paludisme grave seront référés à un établissement de santé.</p> <p>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 pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme?</p>		
114	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUS 2 ABSENTE/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUS 2 ABSENTE/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUS 2 ABSENTE/AUTRE 3

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET LE TEST DU PALUDISME DES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 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 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIEZ TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 . 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 _____
115	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.			
116	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> REFUS995 ABSENT/AUTRE996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> REFUS995 ABSENT/AUTRE996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> REFUS995 ABSENT/AUTRE996
117	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 4 AUTRE 5 (ALLEZ À 119) ←	TESTÉ ABSENT REFUS AUTRE (ALLEZ À 119) ←	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 4 AUTRE 5 (ALLEZ À 119) ←
118	ENREGISTREZ LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF FALCIPARUM . POSITIF PV .. POSITIF FALCIPARUM ET PV (ALLEZ À 121) ← NÉGATIF AUTRE	POSITIF FALCIPARUM . POSITIF PV .. POSITIF FALCIPARUM ET PV (ALLEZ À 121) ← NÉGATIF AUTRE	POSITIF FALCIPARUM . 1 POSITIF PV .. 2 POSITIF FALCIPARUM ET PV 3 (ALLEZ À 121) ← NÉGATIF 4 AUTRE 6
119	VÉRIFIEZ 116: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 8.0 G/DL OU PLUS ABSENT REFUS AUTRE (ALLEZ À 131) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 8.0 G/DL OU PLUS ABSENT REFUS AUTRE (ALLEZ À 131) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 131) ←
120	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.	Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené à un établissement de santé immédiatement. ALLEZ À 131		

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET LE TEST DU PALUDISME DES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 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 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIEZ TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 . 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 _____

121	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 faibles b Problèmes cardiaques c Perte de conscience? d Insuffisance respiratoire sévère? e Convulsions? f Saignements anormaux? g Ictère/jaunisse (avec coloration des yeux) h Urine noire ou brune? SI AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS, ENCERCLEZ CODE Y.	FAIBLESSE EXTRÊME .. A PROBLÈME CARDIAQUE B PERTE CONSCIENCE .. C RESPIRATION RAPIDE .. D CONVULSIONS E SAIGNEMENTS F JAUNISSE G URINE FONCÉE H AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS . Y	FAIBLESSE EXTRÊME .. A PROBLÈME CARDIAQUE B PERTE CONSCIENCE .. C RESPIRATION RAPIDE .. D CONVULSIONS E SAIGNEMENTS F JAUNISSE G URINE FONCÉE H AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS . Y	FAIBLESSE EXTRÊME .. A PROBLÈME CARDIAQUE B PERTE CONSCIENCE .. C RESPIRATION RAPIDE .. D CONVULSIONS E SAIGNEMENTS F JAUNISSE G URINE FONCÉE H AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS . Y
122	VÉRIFIEZ 121: Y A-T-IL UN CODE A-H ENCERCLÉ ?	UN CODE A-H ENCERCLÉ (ALLEZ À 124) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ	UN CODE A-H ENCERCLÉ (ALLEZ À 124) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ	UN CODE A-H ENCERCLÉ 1 (ALLEZ À 124) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ 2
123	VÉRIFIEZ 116: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 8.0 G/DL OU PLUS ABSENT REFUS AUTRE (ALLEZ À 125) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 8.0 G/DL OU PLUS ABSENT REFUS AUTRE (ALLEZ À 125) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 125) ←
124	DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.	Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme grave. 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 à un établissement de santé. ALLEZ À 130		
125	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la CTA donné par un médecin, un centre de santé ou un agent de santé communautaire pour traiter le paludisme ?	OUI (ALLEZ À 126) ← NON (ALLEZ À 127) ←	OUI (ALLEZ À 126) ← NON (ALLEZ À 127) ←	OUI 1 (ALLEZ À 126) ← NON 2 (ALLEZ À 127) ←

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET LE TEST DU PALUDISME DES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 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 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIEZ TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 . 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 _____

126	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE LA CTA.	Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu de la CTA pour le paludisme. Je ne peux pas vous donner une CTA 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 CTA, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens plus approfondis. ALLEZ 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.	Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé CTA. La CTA est très efficace 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.																					
128	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ (SIGNATURE) ← REFUS AUTRE (ALLEZ À 130) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ (SIGNATURE) ← REFUS AUTRE (ALLEZ À 130) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 (SIGNATURE) ← REFUS 2 AUTRE 6 (ALLEZ À 130) ←																			
129	TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF.	<table border="1" style="border-style: dashed;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">AGE</th> <th colspan="3">TRAITEMENT</th> </tr> <tr> <th colspan="3">Artésunate + Amodiaquine (ASAQ)</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Jour 1</th> <th>Jour 2</th> <th>Jour 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 à 11 mois</td> <td>AS: 25 mg AQ: 67,5 mg ☉</td> <td>AS: 25 mg AQ: 67,5 mg ☉</td> <td>AS: 25 mg AQ: 67,5 mg ☉</td> </tr> <tr> <td>1 à 5 ans</td> <td>AS: 50 mg AQ: 135 mg ☉</td> <td>AS: 50 mg AQ: 135 mg ☉</td> <td>AS: 50 mg AQ: 135 mg ☉</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">Artésunate-Amodiaquine: 1 comprimé par jour pendant 3 jours</p>			AGE	TRAITEMENT			Artésunate + Amodiaquine (ASAQ)				Jour 1	Jour 2	Jour 3	6 à 11 mois	AS: 25 mg AQ: 67,5 mg ☉	AS: 25 mg AQ: 67,5 mg ☉	AS: 25 mg AQ: 67,5 mg ☉	1 à 5 ans	AS: 50 mg AQ: 135 mg ☉	AS: 50 mg AQ: 135 mg ☉	AS: 50 mg AQ: 135 mg ☉
AGE	TRAITEMENT																						
	Artésunate + Amodiaquine (ASAQ)																						
	Jour 1	Jour 2	Jour 3																				
6 à 11 mois	AS: 25 mg AQ: 67,5 mg ☉	AS: 25 mg AQ: 67,5 mg ☉	AS: 25 mg AQ: 67,5 mg ☉																				
1 à 5 ans	AS: 50 mg AQ: 135 mg ☉	AS: 50 mg AQ: 135 mg ☉	AS: 50 mg AQ: 135 mg ☉																				
130	ENREGISTREZ LE CODE RÉSULTAT DU TRAITEMENT POUR LE PALUDISME OU DE LA FICHE DE REFERENCE.	MÉDICAMENT DONNÉ MÉDICAMENT REFUSÉ REFERE POUR PALUDISME GRAVE REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA AUTRE	MÉDICAMENT DONNÉ MÉDICAMENT REFUSÉ REFERE POUR PALUDISME GRAVE REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA AUTRE	MÉDICAMENT DONNÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA 4 AUTRE 6																			
131	RETOURNEZ À Q.103 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIERE COLONNE DE LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, FIN.																						

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET LE TEST DU PALUDISME DES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 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 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIEZ TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 . 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 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"/>	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"/>	JOUF <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 2016-2021?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 131) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 131) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 131) ←
105	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996
106	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996 (ALLEZ À 108) ←	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996 (ALLEZ À 108) ←	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996 (ALLEZ À 108) ←
107	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2
108	MESUREUR: INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN
109	VÉRIFIEZ 103: L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ DURANT LE MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 131) ← PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 131) ← PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 131) ← PLUS ÂGÉ 2
110	NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE .	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET LE TEST DU PALUDISME DES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 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 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIEZ TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 . 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 _____

111	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Nous demandons que tous les enfants nés en 2016, ou plus tard, participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué 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 pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?</p>		
112	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUS 2 ABSENTE/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUS 2 ABSENTE/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUS 2 ABSENTE/AUTRE 3

CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST DE PALUDISME

113	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE.	<p>Dans le cadre de cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir le paludisme.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2016 ou plus tard participent au test de paludisme inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Nous utiliserons le sang de la même piqûre au même doigt que pour le test d'anémie. Une goutte de sang sera testée pour le paludisme immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Un traitement sera proposé aux enfants présentant un paludisme simple s'ils ne sont pas déjà sur traitement. Les enfants avec paludisme grave seront référés à un établissement de santé.</p> <p>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 pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme?</p>		
114	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET LE TEST DU PALUDISME DES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 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 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIEZ TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 . 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 _____

115	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.			
116	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> REFUS995 ABSENT/AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> REFUS995 ABSENT/AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> REFUS995 ABSENT/AUTRE 996
117	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 4 AUTRE 5 (ALLEZ À 119) ←	TESTÉ ABSENT REFUS AUTRE (ALLEZ À 119) ←	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 4 AUTRE 5 (ALLEZ À 119) ←
118	ENREGISTREZ LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF FALCIPARUM . POSITIF PV .. POSITIF FALCIPARUM ET PV (ALLEZ À 121) ← NÉGATIF AUTRE	POSITIF FALCIPARUM . POSITIF PV .. POSITIF FALCIPARUM ET PV (ALLEZ À 121) ← NÉGATIF AUTRE	POSITIF FALCIPARUM . 1 POSITIF PV .. 2 POSITIF FALCIPARUM ET PV 3 (ALLEZ À 121) ← NÉGATIF 4 AUTRE 6
119	VÉRIFIEZ 116: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 8.0 G/DL OU PLUS ABSENT REFUS AUTRE (ALLEZ À 131) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 8.0 G/DL OU PLUS ABSENT REFUS AUTRE (ALLEZ À 131) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 131) ←
120	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.	Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené à un établissement de santé immédiatement. ALLEZ À 131		

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET LE TEST DU PALUDISME DES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 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 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIEZ TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 . 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 _____

121	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 faibles b Problèmes cardiaques c Perte de conscience? d Insuffisance respiratoire sévère? e Convulsions? f Saignements anormaux? g Ictère/jaunisse (avec coloration des yeux) h Urine noire ou brune? SI AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS, ENCERCLEZ CODE Y.	FAIBLESSE EXTRÊME .. A PROBLÈME CARDIAQUE B PERTE CONSCIENCE .. C RESPIRATION RAPIDE .. D CONVULSIONS E SAIGNEMENTS F JAUNISSE G URINE FONCÉE H AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS . Y	FAIBLESSE EXTRÊME .. A PROBLÈME CARDIAQUE B PERTE CONSCIENCE .. C RESPIRATION RAPIDE .. D CONVULSIONS E SAIGNEMENTS F JAUNISSE G URINE FONCÉE H AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS . Y	FAIBLESSE EXTRÊME .. A PROBLÈME CARDIAQUE B PERTE CONSCIENCE .. C RESPIRATION RAPIDE .. D CONVULSIONS E SAIGNEMENTS F JAUNISSE G URINE FONCÉE H AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS . Y
122	VÉRIFIEZ 121: Y A-T-IL UN CODE A-H ENCERCLÉ ?	UN CODE A-H ENCERCLÉ (ALLEZ À 124) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ	UN CODE A-H ENCERCLÉ (ALLEZ À 124) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ	UN CODE A-H ENCERCLÉ 1 (ALLEZ À 124) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ 2
123	VÉRIFIEZ 116: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 8.0 G/DL OU PLUS ABSENT REFUS AUTRE (ALLEZ À 125) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 8.0 G/DL OU PLUS ABSENT REFUS AUTRE (ALLEZ À 125) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 125) ←
124	DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.	Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme grave. 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 à un établissement de santé. ALLEZ À 130		
125	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la CTA donné par un médecin, un centre de santé ou un agent de santé communautaire pour traiter le paludisme ?	OUI (ALLEZ À 126) ← NON (ALLEZ À 127) ←	OUI (ALLEZ À 126) ← NON (ALLEZ À 127) ←	OUI 1 (ALLEZ À 126) ← NON 2 (ALLEZ À 127) ←

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET LE TEST DU PALUDISME DES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 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 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 . 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 _____

126	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE LA CTA.	Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu de la CTA pour le paludisme. Je ne peux pas vous donner une CTA 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 CTA, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens plus approfondis. ALLEZ 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.	Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé CTA. La CTA est très efficace 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.																					
128	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ (SIGNATURE) ← REFUS AUTRE (ALLEZ À 130) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ (SIGNATURE) ← REFUS AUTRE (ALLEZ À 130) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 (SIGNATURE) ← REFUS 2 AUTRE 6 (ALLEZ À 130) ←																			
129	TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF.	<table border="1" style="border-style: dashed;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">AGE</th> <th colspan="3">TRAITEMENT</th> </tr> <tr> <th colspan="3">Artésunate + Amodiaquine (ASAQ)</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Jour 1</th> <th>Jour 2</th> <th>Jour 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 à 11 mois</td> <td>AS: 25 mg AQ: 67,5 mg ☉</td> <td>AS: 25 mg AQ: 67,5 mg ☉</td> <td>AS: 25 mg AQ: 67,5 mg ☉</td> </tr> <tr> <td>1 à 5 ans</td> <td>AS: 50 mg AQ: 135 mg ☉</td> <td>AS: 50 mg AQ: 135 mg ☉</td> <td>AS: 50 mg AQ: 135 mg ☉</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">Artésunate-Amodiaquine: 1 comprimé par jour pendant 3 jours</p>			AGE	TRAITEMENT			Artésunate + Amodiaquine (ASAQ)				Jour 1	Jour 2	Jour 3	6 à 11 mois	AS: 25 mg AQ: 67,5 mg ☉	AS: 25 mg AQ: 67,5 mg ☉	AS: 25 mg AQ: 67,5 mg ☉	1 à 5 ans	AS: 50 mg AQ: 135 mg ☉	AS: 50 mg AQ: 135 mg ☉	AS: 50 mg AQ: 135 mg ☉
AGE	TRAITEMENT																						
	Artésunate + Amodiaquine (ASAQ)																						
	Jour 1	Jour 2	Jour 3																				
6 à 11 mois	AS: 25 mg AQ: 67,5 mg ☉	AS: 25 mg AQ: 67,5 mg ☉	AS: 25 mg AQ: 67,5 mg ☉																				
1 à 5 ans	AS: 50 mg AQ: 135 mg ☉	AS: 50 mg AQ: 135 mg ☉	AS: 50 mg AQ: 135 mg ☉																				
130	ENREGISTREZ LE CODE RÉSULTAT DU TRAITEMENT POUR LE PALUDISME OU DE LA FICHE DE REFERENCE.	MÉDICAMENT DONNÉ MÉDICAMENT REFUSÉ REFERE POUR PALUDISME GRAVE REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA AUTRE	MÉDICAMENT DONNÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA 4 AUTRE 6	MÉDICAMENT DONNÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA 4 AUTRE 6																			
131	RETOURNEZ À Q.103 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIERE COLONNE DE LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, FIN.																						

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES FEMMES DE 15-49 ANS

201	VÉRIFIER LA COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÂGE ET LE STATUT MATRIMONIAL DE TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES AUX QUESTIONS 202, 203 ET 204. S'IL Y A PLUS DE 3 FEMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
202	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 9. NOM DE LA COLONNE 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 _____
203	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 7 (ÂGE) :	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2
204	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 8 (STATUT MATRIMONIAL) :	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 AUTRE 2
205	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996
206	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996
207	MESUREUR: INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN
208	VÉRIFIEZ 203 : ÂGE	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2 (ALLEZ À 210) ←	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2 (ALLEZ À 210) ←	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2 (ALLEZ À 210) ←
209	VÉRIFIEZ 204 : STATUT MATRIMONIAL	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 212) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 212) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 212) ←

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES FEMMES DE 15-49 ANS

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____
CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTEE ADULTE POUR LE TEST D'ANÉMIE				
C O N S E N T E M E N T A D U L T E	210	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE.</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoins de quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué 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 pour le test. C'est votre décision. Voulez-vous participer au test d'anémie ?</p>		
	211	<p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.</p> <p>ACCORDÉ 1 } ENQUÊTÉE REFUSE 2 } ←</p> <p>_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 219)</p> <p>ABSENTE/AUTRE 3 } (ALLEZ À 219) ←</p>	<p>ACCORDÉ 1 } ENQUÊTÉE REFUSE 2 } ←</p> <p>_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 219)</p> <p>ABSENTE/AUTRE 3 } (ALLEZ À 219) ←</p>	<p>ACCORDÉ 1 } ENQUÊTÉE REFUSE 2 } ←</p> <p>_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 219)</p> <p>ABSENTE/AUTRE 3 } (ALLEZ À 219) ←</p>
	211A	<p>VÉRIFIEZ 226 DANS QUESTIONNAIRE FEMME OU DEMANDEZ : Êtes-vous enceinte ?</p> <p>OUI 1 } NON 2 } NE SAIT PAS 8 } (ALLEZ À 218) ←</p>	<p>OUI 1 } NON 2 } NE SAIT PAS 8 } (ALLEZ À 218) ←</p>	<p>OUI 1 } NON 2 } NE SAIT PAS 8 } (ALLEZ À 218) ←</p>
P A R E N T A D U L T E	212	<p>No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)</p>	<p>No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)</p>	<p>No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)</p>
	CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE			
	213	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE.</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM DE LA MINEURE) 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 LA MINEURE) à participer au test d'anémie ?</p>		

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES FEMMES DE 15-49 ANS

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____
R E S P .	214 ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 219) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 219)	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 219) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 219)	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 219) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 219)

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST D'ANÉMIE

C O N S E N T E M E N T D E M I N E U R E	215	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST D'ANÉMIE.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE) 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. Voulez-vous participer au test d'anémie ?</p>		
	216	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 219) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 219)	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 219) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 219)	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 219) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 219)
	216A	VÉRIFIEZ 226 DANS QUESTIONNAIRE FEMME OU DEMANDEZ : Êtes-vous enceinte ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
	217	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES POUR LE TEST D'ANÉMIE POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE TEST.			
	218	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE .	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996
	219	RETOURNEZ À 202 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIÈRE COLONNE D'UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE; SI PLUS DE FEMMES, FIN.			

