

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
INQUÉRITO DE INDICADORES DE MALÁRIA
IIM 2018
QUESTIONÁRIO DE BIOMARCADORES
Versão: 25 Jan 2018

IDENTIFICAÇÃO											
NOME DO LOCAL _____											
NOME DO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR _____											
NÚMERO DA ÁREA DE ENUMERAÇÃO (IIM I.D.)				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							
NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAR				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							
VISITAS DO(A) INQUIRIDOR(A)											
	1	2	3	VISITA FINAL							
DATA	_____	_____	_____	DIA <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>							
NOME DO(A) INQUIRIDOR(A)	_____	_____	_____	MÊS <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>							
				ANO <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							
				Nº INQ. <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							
PRÓXIMA DATA VISITA:	_____	_____		NÚMERO TOTAL DE VISITAS <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"> <tr><td> </td></tr> </table>							
	_____	_____									
HORA	_____	_____									
NOTAS:	_____ _____ _____			Nº DE CRIANÇAS ELEGÍVEIS <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>							
LÍNGUA DO QUESTIONÁRIO**	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;">0</table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;">1</table>	LÍNGUA DA ENTREVISTA**	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>	LÍNGUA MATERNA DO RESPONDENTE**	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>	TRADUTOR USADO (SIM = 1, NÃO = 2)	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>				
LÍNGUA DO QUESTIONÁRIO**	<u>PORTUGUÊS</u>			**CODIGO DAS LINGUAS:							
				01 PORTUGUÊS	06 ELOMWE	11 CINYUNGWE					
				02 INGLÊS	07 ECHUWABO	12 CIYAU					
				03 EMAKHUWA	08 CINYANJA	96 OUTRA					
				04 XICHANGANA	09 CINDAU						
				05 CISENA	10 XITSWA						
							(ESPECIFIQUE)				
SUPERVISOR(A)											
_____				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							
NOME				NÚMERO							

TESTAGEM DE HEMOGLOBINA E MALÁRIA PARA AS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS

101	VERIFIQUE A COLUNA 9 DO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR. REGISTE O NÚMERO DE ORDEM E O NOME DE TODAS AS CRIANÇAS ELEGÍVEIS DE 0-5 ANOS NA PERGUNTA 102; SE TIVER MAIS DE SEIS CRIANÇAS, USE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL.			
		CRIANÇA 1	CRIANÇA 2	CRIANÇA 3
102	VERIFIQUE NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR: NÚMERO DE ORDEM NA COLUNA 9. NOME NA COLUNA 2	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____
103	SE A MÃE FOI ENTREVISTADA: COPIA A DATA DE NASCIMENTO DA CRIANÇA (DIA, MÊS, ANO) SEGUNDO A ORDEM DE NASCIMENTO. SE A MÃE NÃO FOI ENTREVISTADA, PEÇA: Qual é a data de nascimento de (NOME)?	DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
104	VERIFIQUE 103: CRIANÇA NASCEU ENTRE 2013-2018?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 130) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 130) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 130) ←
105	VERIFIQUE 103: CRIANÇA TEM 0-5 MESES DE IDADE, I.E., A CRIANÇA NESCEU NO MÊS DA ENTREVISTA OU NOS 5 MESES ANTERIORES?	0-5 MÊSES 1 (PASSE A 130) ← MAIOR 2	0-5 MÊSES 1 (PASSE A 130) ← MAIOR 2	0-5 MÊSES 1 (PASSE A 130) ← MAIOR 2
106	NÚMERO DE ORDEM DA MÃE, PAI, OU ADULTO RESPONSÁVEL NA COLUNA 1 NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> (REGISTE '00' SE NÃO LISTADO)	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> (REGISTE '00' SE NÃO LISTADO)	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> (REGISTE '00' SE NÃO LISTADO)
107	PEÇA CONSENTIMENTO AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA PARA O TESTE DE ANEMIA.	<p>Como parte deste inquérito, estamos a pedir aos participantes, em todo o país, a realizar um teste de anemia. A anemia é um problema grave para a saúde que geralmente é causada por má nutrição, infecção, ou uma doença crónica. Este inquérito ajudará o governo a desenvolver programas para a prevenção e tratamento da anemia. Solicitamos a participação de todas as crianças dos 6 meses aos 5 anos, permitindo a recolha de uma amostra de sangue do dedo ou do calcanhar. Para o efeito todo material a usar durante a colheita é novo, esterilizado e completamente seguro, e será descartado/posto no lixo logo depois do teste.</p> <p>A amostra para anemia será testada agora mesmo, o(a) (NOME) receberá o resultado dentro de alguns minutos. O resultado é estritamente confidencial e não será partilhado com ninguém além dos membros da equipa de trabalho.</p> <p>O(A) (NOME) tem alguma pergunta? Aceita ou não aceita que (NOME DA CRIANÇA) participe no teste de anemia?</p>		
108	MARQUE A RESPOSTA DO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL E ASSINE SEU NOME (INQUIRIDOR(A)).	ACEITA 1 _____ (ASSINATURA) ← RECUSOU 2 AUSENTE/OUTRO 3	ACEITA 1 _____ (ASSINATURA) ← RECUSOU 2 AUSENTE/OUTRO 3	ACEITA 1 _____ (ASSINATURA) ← RECUSOU 2 AUSENTE/OUTRO 3

TESTAGEM DE HEMOGLOBINA E MALÁRIA PARA AS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS

		CRIANÇA 1	CRIANÇA 2	CRIANÇA 3
	VERIFIQUE NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR: NÚMERO DE ORDEM DA CRIANÇA NA COLUNA 9.	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____
109	PEÇA CONSENTIMENTO AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA PARA O TESTE DE MALÁRIA.	<p>Como parte deste inquérito, estamos a pedir aos participantes, em todo o país, a realizar um teste de malária. A malária é uma doença grave causada por um parasita transmitido por picada de mosquitos. Este inquérito ajudará ao governo a desenvolver programas para a prevenção da malária.</p> <p>Solicitamos a participação de todas as crianças nascidas em [2013 OU ANO APROPRIADO] ou depois, permitindo a recolha de uma amostra de sangue do dedo ou do calcanhar para o teste de malária. O sangue vai ser testada imediatamente, e você vai receber o resultado agora mesmo. O resultado é estritamente confidencial e não será partilhado com ninguém além dos membros da equipa de trabalho.</p> <p>O(A) (NOME) tem alguma pergunta? Pode dizer sim ou não. A escolha depende de você. Aceita ou não aceita que (NOME DA CRIANÇA) participe no teste de malária?</p>		
110	MARQUE A RESPOSTA, ASSINE SEU NOME, E SEU NÚMERO DE INQUIRIDOR(A).	ACEITA 1 RECUSOU 2 ← (ASSINE E INTRODUZA Nº INQ.) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE/OUTRO 3	ACEITA 1 RECUSOU 2 ← (ASSINE E INTRODUZA Nº INQ.) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE/OUTRO 3	ACEITA 1 RECUSOU 2 ← (ASSINE E INTRODUZA Nº INQ.) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE/OUTRO 3
111	SOMENTE PARA O(S) TESTE(S) EM QUE CONSENTIMENTO FOI OBTIDO, PREPARE OS MATERIAIS NECESSÁRIOS E PROCEDA O(S) TESTE(S).			
112	COLE A ETIQUETA DE NÚMEROS PARA TESTAGEM DE MALÁRIA.	COLE A 1A ETIQUETA DE NÚMEROS AQUI. AUSENTE 99994 RECUSOU 99995 OUTRO 99996 COLE A 2A ETIQUETA DE NÚMEROS NO TDR.	COLE A 1A ETIQUETA DE NÚMEROS AQUI. AUSENTE 99994 RECUSOU 99995 OUTRO 99996 COLE A 2A ETIQUETA DE NÚMEROS NO TDR.	COLE A 1A ETIQUETA DE NÚMEROS AQUI. AUSENTE 99994 RECUSOU 99995 OUTRO 99996 COLE A 2A ETIQUETA DE NÚMEROS NO TDR.
113	REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA AQUI E NOS FOLHETOS DE ANEMIA E MALÁRIA.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> AUSENTE 994 RECUSOU 995 OUTRO 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> AUSENTE 994 RECUSOU 995 OUTRO 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> AUSENTE 994 RECUSOU 995 OUTRO 996
114	MARQUE O CÓDIGO TDR DE MALÁRIA.	TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 116) ←	TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 116) ←	TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 116) ←
115	REGISTE O RESULTADO DE TDR DE MALÁRIA AQUI E NOS FOLHETOS DE ANEMIA E MALÁRIA.	POSITIVO 1 (PASSE A 118) ← NEGATIVO 2	POSITIVO 1 (PASSE A 118) ← NEGATIVO 2	POSITIVO 1 (PASSE A 118) ← NEGATIVO 2

TESTAGEM DE HEMOGLOBINA E MALÁRIA PARA AS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS

		CRIANÇA 1	CRIANÇA 2	CRIANÇA 3
	VERIFIQUE NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR: NÚMERO DE ORDEM DA CRIANÇA NA COLUNA 9.	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____
		OUTRO 6	OUTRO 6	OUTRO 6

TESTAGEM DE HEMOGLOBINA E MALÁRIA PARA AS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS

		CRIANÇA 1	CRIANÇA 2	CRIANÇA 3
	VERIFIQUE NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR: NÚMERO DE ORDEM DA CRIANÇA NA COLUNA 9.	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____
116	VERIFIQUE 113: RESULTADO DE HEMOGLOBINA	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOU 4 OUTRO 6 (PASSE A 130) ←	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOU 4 OUTRO 6 (PASSE A 130) ←	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOU 4 OUTRO 6 (PASSE A 130) ←
117	REFERENCIAMENTO MÉDICO PARA ANEMIA SEVERA REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE ANEMIA NO FORMULÁRIO	O teste de anemia indica que o(a) (NOME DA CRIANÇA) tem anemia severa. O(A) (NOME DA CRIANÇA) está doente e precisa de cuidados médicos o mais rápido possível. (PASSE A 130)		
118	(NOME DA CRIANÇA) tem algumas destas doenças ou sintomas?	SIM NÃO a) MUITA FRAQUEZA 1 2 b) PROBLEMAS DO CORAÇÃO 1 2 c) PERDA DE CONSCIÊNC. 1 2 d) RESPIRAÇÃO RÁPIDA 1 2 e) CONVULSÕES 1 2 f) SANGRAMENTO ANORMAL 1 2 g) ICTERÍCIA 1 2 h) URINA ESCURA 1 2	SIM NÃO a) MUITA FRAQUEZA 1 2 b) PROBLEMAS DO CORAÇÃO 1 2 c) PERDA DE CONSCIÊNC. 1 2 d) RESPIRAÇÃO RÁPIDA 1 2 e) CONVULSÕES 1 2 f) SANGRAMENTO ANORMAL 1 2 g) ICTERÍCIA 1 2 h) URINA ESCURA 1 2	SIM NÃO a) MUITA FRAQUEZA 1 2 b) PROBLEMAS DO CORAÇÃO 1 2 c) PERDA DE CONSCIÊNC. 1 2 d) RESPIRAÇÃO RÁPIDA 1 2 e) CONVULSÕES 1 2 f) SANGRAMENTO ANORMAL 1 2 g) ICTERÍCIA 1 2 h) URINA ESCURA 1 2
119	VERIFIQUE 118: PELO MENOS UM 'SIM' CIRCULADO?	NÃO SIM <input type="checkbox"/> ↓ (PASSE A 122) ←	NÃO SIM <input type="checkbox"/> ↓ (PASSE A 122) ←	NÃO SIM <input type="checkbox"/> ↓ (PASSE A 122) ←
120	VERIFIQUE 113: RESULTADO DE HEMOGLOBINA	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 (PASSE A 122) ← 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOU 4 OUTRO 6	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 (PASSE A 122) ← 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOU 4 OUTRO 6	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 (PASSE A 122) ← 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOU 4 OUTRO 6
121	Nas últimas 2 semanas, (NOME DA CRIANÇA) tomou ou está tomando algum medicamento antimalárico dado por um médico ou centro de saúde? PEÇA PARA VER O MEDICAMENTO	SIM 1 (PASSE A 123) ← NÃO 2 (PASSE A 124) ←	SIM 1 (PASSE A 123) ← NÃO 2 (PASSE A 124) ←	SIM 1 (PASSE A 123) ← NÃO 2 (PASSE A 124) ←

TESTAGEM DE HEMOGLOBINA E MALÁRIA PARA AS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS

		CRIANÇA 1	CRIANÇA 2	CRIANÇA 3
	VERIFIQUE NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR: NÚMERO DE ORDEM DA CRIANÇA NA COLUNA 9.	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____
122	REFERENCIAMENTO MÉDICO PARA MALÁRIA SEVERA REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE MALÁRIA NO FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO	O teste de malária indica que o(a) [NOME DA CRIANÇA] tem malária. Ele(a) tem sintomas de malária severa. Os medicamentos que nós temos disponíveis não ajudariam à criança e por isso não posso oferecer esses medicamentos. A sua criança está muito doente e precisa de atenção médica o mais rápido possível. (PASSE A 128)		
123	ACONSELHAMENTO MÉDICO PARA CRIANÇA QUE TOMOU OU ESTÁ TOMANDO TCA	O(A) [NOME] disse que o(a) (NOME DA CRIANÇA) tomou ou está a tomar antimalárico com base em artemisinina. Por isso não posso oferecer nenhum medicamento adicional. Contudo, o teste indica que a criança tem malária. Se a criança continuar com febre dois dias depois de ter tomado a última dose do antimalárico com base em artemisinina, terá que procurar o cuidado médico o mais rápido possível na unidade sanitária mais próxima. (PASSE A 130)		
124	LEIA O CONSENTIMENTO E INFORMAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO DE MALÁRIA AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL	O teste de malária indica que o(a) (NOME DA CRIANÇA) tem malária. Podemos dar-lhe um medicamento gratuito. O medicamento chama-se [NOME DE MEDICAMENTO DA PRIMEIRA LINHA]. O medicamento é opcional. Por favor diga-me se aceita ou não que a criança tome o medicamento.		
125	MARQUE A RESPOSTA E ASSINE SEU NOME (INQUIRIDOR(A)).	ACEITOU . 1 ← (ASSINE) RECUSOU 2 OUTRO 6	ACEITOU . 1 ← (ASSINE) RECUSOU 2 OUTRO 6	ACEITOU . 1 ← (ASSINE) RECUSOU 2 OUTRO 6
126	VERIFIQUE 125: ACEITOU O MEDICAMENTO	ACEITOU . 1 RECUSOU 2 OUTRO 6 ← (PASSE A 130)	ACEITOU . 1 RECUSOU 2 OUTRO 6 ← (PASSE A 130)	ACEITOU . 1 RECUSOU 2 OUTRO 6 ← (PASSE A 130)
127	LEIA O CONSENTIMENTO E INFORMAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO DE MALÁRIA AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL	[INSERIR INSTRUÇÕES SOBRE A DOSE] DIGA AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL: Se o(a) (NOME DA CRIANÇA) tem febre alta, dificuldade em respirar ou respiração rápida ou se não come ou não amamenta, ou se tiver mais algum outro sintoma e não melhorar em dois dias, você terá que procurar cuidados médicos o mais rápido possível. (PASSE A 130)		
128	VERIFIQUE 113: NÍVEL DE HEMOGLOBINA	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOU 4 OUTRO 6 ← (PASSE A 130)	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOU 4 OUTRO 6 ← (PASSE A 130)	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOU 4 OUTRO 6 ← (PASSE A 130)
129	REFERENCIAMENTO MÉDICO PARA ANEMIA SEVERA REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE ANEMIA NO FORMULÁRIO	O teste de anemia indica que o(a) (NOME DA CRIANÇA) tem anemia severa. O(A) (NOME DA CRIANÇA) está doente e precisa de cuidados médicos o mais rápido possível.		
130	VOLTE A 103 DA COLUNA SEGUINTE DESTA QUESTIONÁRIO OU VOLTE A PRIMEIRA COLUNA DA PROXIMA PÁGINA; SE NÃO TIVER MAIS CRIANÇAS, FINALIZE A ENTREVISTA.			

TESTAGEM DE HEMOGLOBINA E MALÁRIA PARA AS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS

101	VERIFIQUE A COLUNA 9 DO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR. REGISTE O NÚMERO DE ORDEM E O NOME DE TODAS AS CRIANÇAS ELEGÍVEIS DE 0-5 ANOS NA PERGUNTA 102; SE TIVER MAIS DE SEIS CRIANÇAS, USE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL.			
		CRIANÇA 4	CRIANÇA 5	CRIANÇA 6
102	VERIFIQUE NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR: NÚMERO DE ORDEM NA COLUNA 9. NOME NA COLUNA 2	Nº DE ORDEM <input type="text"/> NOME _____	Nº DE ORDEM <input type="text"/> NOME _____	Nº DE ORDEM <input type="text"/> NOME _____
103	SE A MÃE FOI ENTREVISTADA: COPIA A DATA DE NASCIMENTO DA CRIANÇA (DIA, MÊS, ANO) SEGUNDO A ORDEM DE NASCIMENTO. SE A MÃE NÃO FOI ENTREVISTADA, PEÇA: Qual é a data de nascimento de (NOME)?	DIA <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> ANO ... <input type="text"/>	DIA <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> ANO ... <input type="text"/>	DIA <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> ANO ... <input type="text"/>
104	VERIFIQUE 103: CRIANÇA NASCEU ENTRE 2013-2018?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 130) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 130) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 130) ←
105	VERIFIQUE 103: CRIANÇA TEM 0-5 MESES DE IDADE, I.E., A CRIANÇA NESCEU NO MÊS DA ENTREVISTA OU NOS 5 MESES ANTERIORES?	0-5 MESES 1 (PASSE A 130) ← MAIOR 2	0-5 MESES 1 (PASSE A 130) ← MAIOR 2	0-5 MESES 1 (PASSE A 130) ← MAIOR 2
106	NÚMERO DE ORDEM DA MÃE, PAI, OU ADULTO RESPONSÁVEL NA COLUNA 1 NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR	Nº DE ORDEM <input type="text"/> (REGISTE '00' SE NÃO LISTADO)	Nº DE ORDEM <input type="text"/> (REGISTE '00' SE NÃO LISTADO)	Nº DE ORDEM <input type="text"/> (REGISTE '00' SE NÃO LISTADO)
107	PEÇA CONSENTIMENTO AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA PARA O TESTE DE ANEMIA.	<p>Como parte deste inquérito, estamos a pedir aos participantes, em todo o país, a realizar um teste de anemia. A anemia é um problema grave para a saúde que geralmente é causada por má nutrição, infecção, ou uma doença crónica. Este inquérito ajudará o governo a desenvolver programas para a prevenção e tratamento da anemia. Solicitamos a participação de todas as crianças dos 6 meses aos 5 anos, permitindo a recolha de uma amostra de sangue do dedo ou do calcanhar. Para o efeito todo material a usar durante a colheita é novo, esterilizado e completamente seguro, e será descartado/posto no lixo logo depois do teste.</p> <p>A amostra para anemia será testada agora mesmo, o(a) (NOME) receberá o resultado dentro de alguns minutos. O resultado é estritamente confidencial e não será partilhado com ninguém além dos membros da equipa de trabalho.</p> <p>O(A) (NOME) tem alguma pergunta? Aceita ou não aceita que (NOME DA CRIANÇA) participe no teste de anemia?</p>		
108	MARQUE A RESPOSTA DO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL E ASSINE SEU NOME	ACEITA 1 (ASSINATURA) ← RECUSOU 2 AUSENTE/OUTRO . 3	ACEITA 1 (ASSINATURA) ← RECUSOU 2 AUSENTE/OUTRO . 3	ACEITA 1 (ASSINATURA) ← RECUSOU 2 AUSENTE/OUTRO . 3

TESTAGEM DE HEMOGLOBINA E MALÁRIA PARA AS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS

		CRIANÇA 4	CRIANÇA 5	CRIANÇA 6
	VERIFIQUE NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR: NÚMERO DE ORDEM DA CRIANÇA NA COLUNA 9.	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____
109	PEÇA CONSENTIMENTO AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA PARA O TESTE DE MALÁRIA.	<p>Como parte deste inquérito, estamos a pedir aos participantes, em todo o país, a realizar um teste de malária. A malária é uma doença grave causada por um parasita transmitido por picada de mosquitos. Este inquérito ajudará ao governo a desenvolver programas para a prevenção da malária.</p> <p>Solicitamos a participação de todas as crianças nascidas em [2013 OU ANO APROPRIADO] ou depois, permitindo a recolha de uma amostra de sangue do dedo ou do calcanhar para o teste de malária. O sangue vai ser testada imediatamente, e você vai receber o resultado agora mesmo. O resultado é estritamente confidencial e não será partilhado com ninguém além dos membros da equipa de trabalho.</p> <p>O(A) (NOME) tem alguma pergunta? Pode dizer sim ou não. A escolha depende de você. Aceita ou não aceita que (NOME DA CRIANÇA) participe no teste de malária?</p>		
110	MARQUE A RESPOSTA, ASSINE SEU NOME, E SEU NÚMERO DE INQUIRIDOR(A).	ACEITA 1 RECUSOU 2 ← (ASSINE E INTRODUZA N° INQ.) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE/OUTRO . 3	ACEITA 1 RECUSOU 2 ← (ASSINE E INTRODUZA N° INQ.) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE/OUTRO . 3	ACEITA 1 RECUSOU 2 ← (ASSINE E INTRODUZA N° INQ.) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE/OUTRO . 3
111	SOMENTE PARA O(S) TESTE(S) EM QUE CONSENTIMENTO FOI OBTIDO, PREPARE OS MATERIAIS NECESSÁRIOS E PROCEDA O(S) TESTE(S).			
112	COLE A ETIQUETA DE NÚMEROS PARA TESTAGEM DE MALÁRIA.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> COLE A 1A ETIQUETA DE NÚMEROS AQUI. </div> AUSENTE 99994 RECUSOL 99995 OUTRO 99996 COLE A 2A ETIQUETA DE NÚMEROS NO TDR.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> COLE A 1A ETIQUETA DE NÚMEROS AQUI. </div> AUSENTE 99994 RECUSOL 99995 OUTRO 99996 COLE A 2A ETIQUETA DE NÚMEROS NO TDR.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> COLE A 1A ETIQUETA DE NÚMEROS AQUI. </div> AUSENTE 99994 RECUSOL 99995 OUTRO 99996 COLE A 2A ETIQUETA DE NÚMEROS NO TDR.
113	REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA AQUI E NOS FOLHETOS DE ANEMIA E MALÁRIA.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> AUSENTE 994 RECUSOU 995 OUTRO 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> AUSENTE 994 RECUSOU 995 OUTRO 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> AUSENTE 994 RECUSOU 995 OUTRO 996
114	MARQUE O CÓDIGO TDR DE MALÁRIA.	TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 116) ←	TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 116) ←	TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 116) ←

TESTAGEM DE HEMOGLOBINA E MALÁRIA PARA AS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS

		CRIANÇA 4	CRIANÇA 5	CRIANÇA 6
	VERIFIQUE NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR: NÚMERO DE ORDEM DA CRIANÇA NA COLUNA 9.	Nº DE ORDEM <input type="text"/> NOME _____	Nº DE ORDEM <input type="text"/> NOME _____	Nº DE ORDEM <input type="text"/> NOME _____
115	REGISTE O RESULTADO DE TDR DE MALÁRIA AQUI E NOS FOLHETOS DE ANEMIA E MALÁRIA.	POSITIVO 1 (PASSE A 118) ← NEGATIVO 2 OUTRO 6	POSITIVO 1 (PASSE A 118) ← NEGATIVO 2 OUTRO 6	POSITIVO 1 (PASSE A 118) ← NEGATIVO 2 OUTRO 6
116	VERIFIQUE 113: RESULTADO DE HEMOGLOBINA	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOL 4 OUTRO 6 (PASSE A 130) ←	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOL 4 OUTRO 6 (PASSE A 130) ←	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOL 4 OUTRO 6 (PASSE A 130) ←
117	REFERENCIAMENTO MÉDICO PARA ANEMIA SEVERA REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE ANEMIA NO FORMULÁRIO	O teste de anemia indica que o(a) (NOME DA CRIANÇA) tem anemia severa. O(A) (NOME DA CRIANÇA) está doente e precisa de cuidados médicos o mais rápido possível. (PASSE A 130)		
118	(NOME DA CRIANÇA) tem algumas destas doenças ou sintomas?	SIM NÃO a) MUITA FRAQUEZA 1 2 b) PROBLEMAS DO CORAÇÃO 1 2 c) PERDA DE CONSCIÊNCIA/desmaios? 1 2 d) RESPIRAÇÃO RÁPIDA 1 2 e) CONVULSÕES ou ataques epiléticos? 1 2 f) Sangramento anormal? 1 2 g) Icterícia / Olhos amarelados? 1 2 h) Urina escura? 1 2	SIM NÃO a) MUITA FRAQUEZA 1 2 b) PROBLEMAS DO CORAÇÃO 1 2 c) PERDA DE CONSCIÊNCIA 1 2 d) RESPIRAÇÃO RÁPIDA 1 2 e) CONVULSÕES 1 2 f) SANGRAMENTO ANORMAL 1 2 g) ICTERICIA 1 2 h) URINA ESCURA 1 2	SIM NÃO a) MUITA FRAQUEZA 1 2 b) PROBLEMAS DO CORAÇÃO 1 2 c) PERDA DE CONSCIÊNCIA 1 2 d) RESPIRAÇÃO RÁPIDA 1 2 e) CONVULSÕES 1 2 f) SANGRAMENTO ANORMAL 1 2 g) ICTERICIA 1 2 h) URINA ESCURA 1 2
119	VERIFIQUE 118: PELO MENOS UM 'SIM' CIRCULADO?	NÃO SIM <input type="checkbox"/> ↓ (PASSE A 122) ←	NÃO SIM <input type="checkbox"/> ↓ (PASSE A 122) ←	NÃO SIM <input type="checkbox"/> ↓ (PASSE A 122) ←
120	VERIFIQUE 113: RESULTADO DE HEMOGLOBINA	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 (PASSE A 122) ← 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOU 4 OUTRO 6	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 (PASSE A 122) ← 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOU 4 OUTRO 6	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 (PASSE A 122) ← 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOU 4 OUTRO 6
121	Nas últimas 2 semanas, (NOME DA CRIANÇA) tomou ou está tomando algum medicamento antimalárico dado por um médico ou centro de saúde? PEÇA PARA VER O MEDICAMENTO	SIM 1 (PASSE A 123) ← NÃO 2 (PASSE A 124) ←	SIM 1 (PASSE A 123) ← NÃO 2 (PASSE A 124) ←	SIM 1 (PASSE A 123) ← NÃO 2 (PASSE A 124) ←

TESTAGEM DE HEMOGLOBINA E MALÁRIA PARA AS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS

		CRIANÇA 4	CRIANÇA 5	CRIANÇA 6
	VERIFIQUE NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR: NÚMERO DE ORDEM DA CRIANÇA NA COLUNA 9.	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> NOME _____
122	REFERENCIAMENTO MÉDICO PARA MALÁRIA GRAVE REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE MALÁRIA NO FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO	O teste de malária indica que o(a) [NOME DA CRIANÇA] tem malária. Ele(a) tem sintomas de malária severa. Os medicamentos que nós temos disponíveis não ajudariam à criança e por isso não posso oferecer esses medicamentos. A sua criança está muito doente e precisa de atenção médica o mais rápido possível. (PASSE A 128)		
123	ACONSELHAMENTO MÉDICO PARA CRIANÇA QUE TOMOU OU ESTÁ TOMANDO TCA	O(A) [NOME] disse que o(a) (NOME DA CRIANÇA) tomou ou está a tomar antimalárico com base em artemisinina. Por isso não posso oferecer nenhum medicamento adicional. Contudo, o teste indica que a criança tem malária. Se a criança continuar com febre dois dias depois de ter tomado a última dose do antimalárico com base em artemisinina, terá que procurar o cuidado médico o mais rápido possível na unidade sanitária mais próxima. (PASSE A 130)		
124	LEIA O CONSENTIMENTO E INFORMAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO DE MALÁRIA AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL	O teste de malária indica que o(a) (NOME DA CRIANÇA) tem malária. Podemos dar-lhe um medicamento gratuito. O medicamento chama-se [NOME DE MEDICAMENTO DA PRIMEIRA LINHA]. O medicamento é opcional. Por favor diga-me se aceita ou não que a criança tome o medicamento.		
125	MARQUE A RESPOSTA E ASSINE SEU NOME (INQUIRIDOR(A)).	ACEITOU 1 _____ (ASSINE) ← RECUSOU 2 OUTRO 6	ACEITOU 1 _____ (ASSINE) ← RECUSOU 2 OUTRO 6	ACEITOU 1 _____ (ASSINE) ← RECUSOU 2 OUTRO 6
126	VERIFIQUE 125: ACEITOU O MEDICAMENTO	ACEITOU 1 RECUSOU 2 OUTRO 6 (PASSE A 130) ←	ACEITOU 1 RECUSOU 2 OUTRO 6 (PASSE A 130) ←	ACEITOU 1 RECUSOU 2 OUTRO 6 (PASSE A 130) ←
127	LEIA O CONSENTIMENTO E INFORMAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO DE MALÁRIA AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL	[INSERIR INSTRUÇÕES SOBRE A DOSE] DIGA AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL: Se o(a) (NOME DA CRIANÇA) tem febre alta, dificuldade em respirar ou respiração rápida ou se não come ou não amamenta, ou se tiver mais algum outro sintoma e não melhorar em dois dias, você terá que procurar cuidados médicos o mais rápido possível. (PASSE A 130)		
128	VERIFIQUE 113: NÍVEL DE HEMOGLOBINA	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOL 4 OUTRO 6 (PASSE A 130) ←	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOL 4 OUTRO 6 (PASSE A 130) ←	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOL 4 OUTRO 6 (PASSE A 130) ←
129	REFERENCIAMENTO MÉDICO PARA ANEMIA SEVERA REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE ANEMIA NO FORMULÁRIO	O teste de anemia indica que o(a) (NOME DA CRIANÇA) tem anemia severa. O(A) (NOME DA CRIANÇA) está doente e precisa de cuidados médicos o mais rápido possível.		
130	VOLTE A 103 DA COLUNA SEGUINTE DESTES QUESTIONÁRIOS OU VOLTE A PRIMEIRA COLUNA DA PRÓXIMA PÁGINA; SE NÃO TIVER MAIS CRIANÇAS, FINALIZE A ENTREVISTA.			

