

ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME
 QUESTIONNAIRE STANDARD BIOMARQUEUR

SENEGAL
 AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DU DEVELOPPEMENT

| IDENTIFICATION (1) | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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> <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> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| VISITES [L'AGENT DE TERRAIN] | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | VISITE FINALE | | | | | | | | |
| DATE | _____ | _____ | _____ | JOUR <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"></table> | | | | | | | | |
| NOM DE [AGENT DE TERRAIN] | _____ | _____ | _____ | MOIS <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"></table> | | | | | | | | |
| | | | | ANNÉE <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"></table> | | | | | | | | |
| PROCHAINE DATE VISITE | _____ | _____ | | NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"></table> | | | | | | | | |
| HEURE | _____ | _____ | | | | | | | | | | |
| NOTES: _____ _____ _____ _____ _____ | | | | TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"></table> | | | | | | | | |
| LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; text-align: center;">0</table> <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; text-align: center;">2</table> LANGUE DE L'INTERVIEW** <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table> LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTE** <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table> INTERPRÈTE (OUI = 1, NON = 2) <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table> | | | | | | | | | | | | |
| LANGUE DU QUESTIONNAIRE** FRANÇAIS **CODES LANGUES : 01 ENGLISH 03 LANGUAGE 3 05 LANGUAGE 5 02 FRANÇAIS 04 LANGUAGE 4 06 LANGUAGE 6 | | | | | | | | | | | | |
| ÉQUIPE | CHEF D'ÉQUIPE | | CONTRÔLEUR CAPI (2) | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table> NUMÉRO | _____ <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"></table> NOM | _____ <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"></table> NUMÉRO | _____ <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"></table> NOM | _____ <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"></table> NUMÉRO | | | | | | | | |

Note: Ce qui figure entre crochets [] doit être adapté aux spécificités du pays.

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

| | | | |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 101 | VÉRIFIEZ LE RESULTAT CAPI DE LA "LISTE DES INDIVIDUS/BIOMARQUEURS ÉLIGIBLES" [COLONNE 9 DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE]. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES ÂGÉS DE 0-5 ANS À 102 SUR CETTE PAGE ET SUR LES PAGES SUIVANTES À PARTIR DU PREMIER INSCRIT. SI PLUS DE 3 ENFANTS, UTILISEZ UN/DÉS QUESTIONNAIRE (S) SUPPLÉMENTAIRE (S). | | |
| | ENFANT 1 | | ALLEZ À |
| 102 | VÉRIFIEZ LE RESULTAT CAPI, LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'ENFANT. [ENREGISTREZ LE NOM DE LA COLONNE 2 DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE; ENREGISTREZ LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 9 DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE.] | NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 103 | SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L' ENFANT (JOUR , MOIS, ET ANNEE) À PARTIR DE L' HISTORIQUE DES NAISSANCES SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE DEMANDEZ : Quelle est la date de naissance de (NOM) ? | JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 104 | SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ L'ÂGE DE L'ENFANT À PARTIR DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 103 ET/OU 104 SI INCONSISTANT. | ÂGE EN ANNÉES REVOLUES <input type="text"/> | |
| 105 | VÉRIFIEZ 104: L'ENFANT A 0-4 ANS? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | → 129 | |
| 106 | VÉRIFIEZ 103:L'ENFANT A-T-IL 0-5 MOIS PLUS ÂGÉ <input type="checkbox"/> 0-5 MOIS <input type="checkbox"/> | → 129 | |
| 107 | NOM DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 2 DU TABLEAU MÉNAGE). | NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 108 | <p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LES TESTS DE PALUDISME ET D'ANÉMIE :</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme et un test pour vérifier s'ils ont ou non de l'anémie. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, de paludisme ou d'autres infections ou de maladie chronique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le paludisme et l'anémie. Nous demandons que tous les enfants âgés de 6 mois à 4 ans participent aux tests de paludisme et d'anémie. Les tests nécessitent quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. L'équipement utilisé pour prendre le sang est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera immédiatement testé pour le paludisme et l'anémie et les résultats vous seront communiqués tout de suite. [Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyés à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués.] 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.</p> | | |
| 109 | ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ. | ACCORDÉ 1 REFUS 2 PAS PRÉSENT/AUTRE 3 | → 112 |
| 110 | SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO [DE L'AGENT DE TERRAIN] | _____ (SIGNEZ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO [AGENT DE TERRAIN] | |

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

| ENFANT 1 | | ALLEZ À | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|-----|----------------|---|---|----------------------------|---|---|---------------------|---|---|---------------------------------------|---|---|----------------|---|---|----------------------------|---|---|------------------------------|---|---|------------------|---|---|
| 111 | SI LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU, PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES POUR LES TESTS ET CONTINUEZ AVEC LES TESTS. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 112 | COLLEZ LA 1 ^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DU PALUDISME AU LABORATOIRE DANS L'ESPACE À DROITE. COLLEZ LA 2 ^e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME CORRESPONDANTE ET LA 3 ^e ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION. | <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;"> COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI </div> PAS PRÉSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 113 | INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS [LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME]. | G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PAS PRÉSENT994 REFUS995 AUTRE996 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 114 | ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS [LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME]. | POSITIF 1 NÉGATIF 2 → 126 PAS PRÉSENT 4 → 128 REFUS 5 AUTRE 6 → 126 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 115 | Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants : a) Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême? b) Problèmes cardiaques? c) Perte de conscience? d) Respiration difficile ou rapide ? e) Convulsions ? f) Saignements anormaux ? g) Jaunisse ou peau jaunâtre ? h) Urines foncées ? | <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PROSTRATION</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) PROBLÈMES CARDIAQUES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) PERTE CONSCIENCE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) CONVULSIONS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) SAIGNEMENTS ANORMAUX</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) URINE FONCÉES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> | | OUI | NON | a) PROSTRATION | 1 | 2 | b) PROBLÈMES CARDIAQUES | 1 | 2 | c) PERTE CONSCIENCE | 1 | 2 | d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE | 1 | 2 | e) CONVULSIONS | 1 | 2 | f) SAIGNEMENTS ANORMAUX | 1 | 2 | g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE | 1 | 2 | h) URINE FONCÉES | 1 | 2 |
| | OUI | NON | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) PROSTRATION | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) PROBLÈMES CARDIAQUES | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c) PERTE CONSCIENCE | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e) CONVULSIONS | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| f) SAIGNEMENTS ANORMAUX | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| h) URINE FONCÉES | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 116 | VÉRIFIEZ 115: Y A-T-IL UN 'OUI' NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | → 118 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 117 | VÉRIFIEZ 113 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE | EN-DESSOUS [8.0 G/DL], ANEMIE SEVÈRE 1 [8.0 G/DL] OU EN-DESSUS ... 2 → 119 AUTRE 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 118 | <u>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE.</u> Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme sévère. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené tout de suite à un établissement de santé. ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DU PALUDISME SÉVÈRE. | → 126 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 119 | Au cours des 2 dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] donné par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT. | OUI 1 NON 2 → 121 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 120 | <u>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION].</u> Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu du CTA pour le paludisme. Je ne peux donc pas vous donner du 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 du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION], vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens approfondis. | → 128 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

| ENFANT 1 | | ALLEZ À | | | | | | | | |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 121 | <p>LIRE LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.</p> <p>Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. 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.</p> | | | | | | | | | |
| 122 | <p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p> | <p>MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 AUTRE 6</p> <p>→ 128</p> | | | | | | | | |
| 123 | <p>SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO [DE L'AGENT DE TERRAIN]</p> | <p align="center">_____ (SIGNEZ)</p> <p align="center"> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </p> <p align="center">NUMERO [AGENT DE TERRAIN]</p> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 124 | <p>VÉRIFIEZ 122: MÉDICAMENT ACCEPTÉ ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> | <p>→ 128</p> | | | | | | | | |
| 125 | <p>LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT. [INSÉREZ LES INSTRUCTIONS DE DOSAGE]</p> <p>DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les 2 jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p> | <p>→ 128</p> | | | | | | | | |
| 126 | <p>VÉRIFIEZ 113 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE</p> | <p>EN-DESSOUS [8.0 G/DL], ANEMIE SEVÈRE 1 [8.0 G/DL] OU EN-DESSUS . . . 2 AUTRE 6</p> <p>→ 128</p> | | | | | | | | |
| 127 | <p><u>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u></p> <p>Le test d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est très malade et doit être emmené immédiatement dans un établissement de santé.</p> <p>ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST DE L'HÉMOGLOBINE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DE L'ANÉMIE SÉVÈRE.</p> | | | | | | | | | |
| 128 | <p>DATE DU JOUR :</p> | <p>JOUR <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>MOIS <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 129 | <p>SI UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À LA PAGE SUIVANTE ; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, METTEZ FIN À L'INTERVIEW.</p> | | | | | | | | | |

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

| | | | |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 101 | VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI DE LA "LISTE DES INDIVIDUS/BIOMARQUEURS ÉLIGIBLES" [COLONNE 9 DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE]. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES ÂGÉS DE 0-5 ANS À 102 SUR CETTE PAGE ET SUR LES PAGES SUIVANTES À PARTIR DU PREMIER INSCRIT. SI PLUS DE 3 ENFANTS, UTILISEZ UN/DÉS QUESTIONNAIRE (S) SUPPLÉMENTAIRE (S). | | |
| | ENFANT 2 | | ALLEZ À |
| 102 | VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI, LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'ENFANT. [ENREGISTREZ LE NOM DE LA COLONNE 2 DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE; ENREGISTREZ LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 9 DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE.] | NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 103 | SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L' ENFANT (JOUR , MOIS, ET ANNÉE) À PARTIR DE L' HISTORIQUE DES NAISSANCES SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quelle est la date de naissance de (NOM) ? | JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 104 | SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ L'ÂGE DE L'ENFANT À PARTIR DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 103 ET/OU 104 SI INCONSISTANT. | ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> | |
| 105 | VÉRIFIEZ 104: L'ENFANT A 0-4 ANS? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | → 129 | |
| 106 | VÉRIFIEZ 103:L'ENFANT A-T-IL 0-5 MOIS OU PLUS ÂGÉ ? PLUS ÂGÉ <input type="checkbox"/> 0-5 MOIS <input type="checkbox"/> | → 129 | |
| 107 | NOM DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 2 DU TABLEAU MÉNAGE). | NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 108 | <p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LES TESTS DE PALUDISME ET D'ANÉMIE :</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme et un test pour vérifier s'ils ont ou non de l'anémie. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, de paludisme ou d'autres infections ou de maladie chronique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le paludisme et l'anémie. Nous demandons que tous les enfants âgés de 6 mois à 4 ans participent aux tests de paludisme et d'anémie. Les tests nécessitent quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. L'équipement utilisé pour prendre le sang est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera immédiatement testé pour le paludisme et l'anémie et les résultats vous seront communiqués tout de suite. [Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyés à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués.] 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.</p> | | |
| 109 | ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ. | ACCORDÉ 1 REFUS 2 PAS PRÉSENT/AUTRE 3 | → 112 |
| 110 | SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO [DE L'AGENT DE TERRAIN] | _____ (SIGNEZ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO [AGENT DE TERRAIN] | |

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

| ENFANT 2 | | ALLEZ À | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|-----|----------------|---|---|----------------------------|---|---|---------------------|---|---|---------------------------------------|---|---|----------------|---|---|----------------------------|---|---|------------------------------|---|---|------------------|---|---|
| 111 | SI LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU, PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES POUR LES TESTS ET CONTINUEZ AVEC LES TESTS. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 112 | COLLEZ LA 1 ^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DU PALUDISME AU LABORATOIRE DANS L'ESPACE À DROITE. COLLEZ LA 2 ^e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME CORRESPONDANTE ET LA 3 ^e ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION. | <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;"> COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI </div> PAS PRÉSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 113 | INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS [LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME]. | G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PAS PRÉSENT994 REFUS995 AUTRE996 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 114 | ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS [LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME]. | POSITIF 1 → 126 NÉGATIF 2 PAS PRESENT 4 → 128 REFUS 5 AUTRE 6 → 126 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 115 | Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants : a) Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême? b) Problèmes cardiaques? c) Perte de conscience? d) Respiration difficile ou rapide ? e) Convulsions ? f) Saignements anormaux ? g) Jaunisse ou peau jaunâtre ? h) Urines foncées ? | <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PROSTRATION</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) PROBLÈMES CARDIAQUES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) PERTE CONSCIENCE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) CONVULSIONS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) SAIGNEMENTS ANORMAUX</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) URINE FONCÉES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> | | OUI | NON | a) PROSTRATION | 1 | 2 | b) PROBLÈMES CARDIAQUES | 1 | 2 | c) PERTE CONSCIENCE | 1 | 2 | d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE | 1 | 2 | e) CONVULSIONS | 1 | 2 | f) SAIGNEMENTS ANORMAUX | 1 | 2 | g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE | 1 | 2 | h) URINE FONCÉES | 1 | 2 |
| | OUI | NON | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) PROSTRATION | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) PROBLÈMES CARDIAQUES | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c) PERTE CONSCIENCE | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e) CONVULSIONS | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| f) SAIGNEMENTS ANORMAUX | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| h) URINE FONCÉES | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 116 | VÉRIFIEZ 115: Y A-T-IL UN 'OUI' NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | → 118 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 117 | VÉRIFIEZ 113 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE | EN-DESSOUS [8.0 G/DL], ANÉMIE SÉVÈRE 1 [8.0 G/DL] OU EN-DESSUS ... 2 → 119 AUTRE 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 118 | <u>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE.</u> Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme sévère. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené tout de suite à un établissement de santé. ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DU PALUDISME SÉVÈRE. | → 126 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 119 | Au cours des 2 dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] donné par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT. | OUI 1 → 121 NON 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 120 | <u>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT ACT.</u> Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu du CTA pour le paludisme. Je ne peux donc pas vous donner du 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 du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION], vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens approfondis. | → 128 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

| ENFANT 2 | | ALLEZ À |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 121 | <p>LIRE LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.</p> <p>Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. 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.</p> | |
| 122 | <p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 AUTRE 6</p> | → 128 |
| 123 | <p>SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO [DE L'AGENT DE TERRAIN]</p> <p>(SIGNEZ)</p> <p>NUMERO [AGENT DE TERRAIN]</p> | |
| 124 | <p>VÉRIFIEZ 122: MÉDICAMENT ACCEPTÉ ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> | → 128 |
| 125 | <p>LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT. [INSÉREZ LES INSTRUCTIONS DE DOSAGE]</p> <p>DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les 2 jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p> | → 128 |
| 126 | <p>VÉRIFIEZ 113 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE</p> <p>EN-DESSOUS [8.0 G/DL], ANÉMIE SÉVÈRE 1 [8.0 G/DL] OU EN-DESSUS . . . 2 AUTRE 6</p> | → 128 |
| 127 | <p><u>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u></p> <p>Le test d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est très malade et doit être emmené immédiatement dans un établissement de santé.</p> <p>ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST DE L'HÉMOGLOBINE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DE L'ANÉMIE SÉVÈRE.</p> | |
| 128 | <p>DATE DU JOUR :</p> <p>JOUR</p> <p>MOIS</p> <p>ANNÉE</p> | |
| 129 | <p>SI UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À LA PAGE SUIVANTE ; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, METTEZ FIN À L'INTERVIEW.</p> | |

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

| | | | |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 101 | VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI DE LA "LISTE DES INDIVIDUS/BIOMARQUEURS ÉLIGIBLES" [COLONNE 9 DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE]. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES ÂGÉS DE 0-5 ANS À 102 SUR CETTE PAGE ET SUR LES PAGES SUIVANTES À PARTIR DU PREMIER INSCRIT. SI PLUS DE 3 ENFANTS, UTILISEZ UN/DÉS QUESTIONNAIRE (S) SUPPLÉMENTAIRE (S). | | |
| | ENFANT 3 | | ALLEZ À |
| 102 | VÉRIFIEZ LE RESULTAT CAPI, LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'ENFANT. [ENREGISTREZ LE NOM DE LA COLONNE 2 DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE; ENREGISTREZ LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 9 DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE.] | NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 103 | SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L' ENFANT (JOUR , MOIS, ET ANNÉE) À PARTIR DE L' HISTORIQUE DES NAISSANCES SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quelle est la date de naissance de (NOM) ? | JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 104 | SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ L'ÂGE DE L'ENFANT À PARTIR DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 103 ET/OU 104 SI INCONSISTANT. | ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> | |
| 105 | VÉRIFIEZ 104: L'ENFANT A 0-4 ANS? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | → 129 | |
| 106 | VÉRIFIEZ 103:L'ENFANT A-T-IL 0-5 MOIS OU PLUS ÂGÉ ? PLUS ÂGÉ <input type="checkbox"/> 0-5 MOIS <input type="checkbox"/> | → 129 | |
| 107 | NOM DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 2 DU TABLEAU MÉNAGE). | NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 108 | <p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LES TESTS DE PALUDISME ET D'ANÉMIE :</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme et un test pour vérifier s'ils ont ou non de l'anémie. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, de paludisme ou d'autres infections ou de maladie chronique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le paludisme et l'anémie. Nous demandons que tous les enfants âgés de 6 mois à 4 ans participent aux tests de paludisme et d'anémie. Les tests nécessitent quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. L'équipement utilisé pour prendre le sang est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera immédiatement testé pour le paludisme et l'anémie et les résultats vous seront communiqués tout de suite. [Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyés à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués.] 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.</p> | | |
| 109 | ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ. | ACCORDÉ 1 REFUS 2 PAS PRÉSENT/AUTRE 3 | → 112 |
| 110 | SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO [DE L'AGENT DE TERRAIN] | _____ (SIGNEZ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO [AGENT DE TERRAIN] | |

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

| ENFANT 3 | | ALLEZ À | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|-----|----------------|---|---|----------------------------|---|---|---------------------|---|---|---------------------------------------|---|---|----------------|---|---|----------------------------|---|---|------------------------------|---|---|------------------|---|---|
| 111 | SI LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU, PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES POUR LES TESTS ET CONTINUEZ AVEC LES TESTS. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 112 | COLLEZ LA 1 ^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DU PALUDISME AU LABORATOIRE DANS L'ESPACE À DROITE. COLLEZ LA 2 ^e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME CORRESPONDANTE ET LA 3 ^e ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION. | <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;"> COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI </div> PAS PRÉSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 113 | INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS [LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME]. | G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PAS PRÉSENT994 REFUS995 AUTRE996 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 114 | ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS [LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME]. | POSITIF 1 NÉGATIF 2 → 126 PAS PRÉSENT 4 → 128 REFUS 5 AUTRE 6 → 126 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 115 | Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants : a) Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême? b) Problèmes cardiaques? c) Perte de conscience? d) Respiration difficile ou rapide ? e) Convulsions ? f) Saignements anormaux ? g) Jaunisse ou peau jaunâtre ? h) Urines foncées ? | <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PROSTRATION</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) PROBLÈMES CARDIAQUES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) PERTE CONSCIENCE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) CONVULSIONS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) SAIGNEMENTS ANORMAUX</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) URINE FONCÉES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> | | OUI | NON | a) PROSTRATION | 1 | 2 | b) PROBLÈMES CARDIAQUES | 1 | 2 | c) PERTE CONSCIENCE | 1 | 2 | d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE | 1 | 2 | e) CONVULSIONS | 1 | 2 | f) SAIGNEMENTS ANORMAUX | 1 | 2 | g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE | 1 | 2 | h) URINE FONCÉES | 1 | 2 |
| | OUI | NON | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) PROSTRATION | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) PROBLÈMES CARDIAQUES | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c) PERTE CONSCIENCE | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e) CONVULSIONS | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| f) SAIGNEMENTS ANORMAUX | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| h) URINE FONCÉES | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 116 | VÉRIFIEZ 115: Y A-T-IL UN 'OUI' NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | → 118 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 117 | VÉRIFIEZ 113 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE | EN DESSOUS [8.0 G/DL], ANÉMIE SÉVÈRE 1 [8.0 G/DL] OU AU-DESSUS ... 2 → 119 AUTRE 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 118 | <u>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE.</u> Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme sévère. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené tout de suite à un établissement de santé. ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DU PALUDISME SÉVÈRE. | → 126 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 119 | Au cours des 2 dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] donné par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT. | OUI 1 NON 2 → 121 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 120 | <u>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT ACT.</u> Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu du CTA pour le paludisme. Je ne peux donc pas vous donner du 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 du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION], vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens approfondis. | → 128 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

| ENFANT 3 | | ALLEZ À |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 121 | <p>LIRE LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.</p> <p>Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. 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.</p> | |
| 122 | <p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 AUTRE 6</p> | → 128 |
| 123 | <p>SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO [DE L'AGENT DE TERRAIN]</p> <p>(SIGNEZ)</p> <p>NUMERO [AGENT DE TERRAIN]</p> | |
| 124 | <p>VÉRIFIEZ 122: MÉDICAMENT ACCEPTÉ ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> | → 128 |
| 125 | <p>LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT. [INSÉREZ LES INSTRUCTIONS DE DOSAGE]</p> <p>DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les 2 jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p> | → 128 |
| 126 | <p>VÉRIFIEZ 113 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE</p> <p>EN-DESSOUS [8.0 G/DL], ANEMIE SEVÈRE 1 [8.0 G/DL] OU EN-DESSUS . . . 2 AUTRE 6</p> | → 128 |
| 127 | <p><u>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u></p> <p>Le test d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est très malade et doit être emmené immédiatement dans un établissement de santé.</p> <p>ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST DE L'HÉMOGLOBINE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DE L'ANÉMIE SÉVÈRE.</p> | |
| 128 | <p>DATE DU JOUR :</p> <p>JOUR</p> <p>MOIS</p> <p>ANNÉE</p> | |
| 129 | <p>SI UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À LA PAGE SUIVANTE ; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, METTEZ FIN À L'INTERVIEW.</p> | |

