

**ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME
 EIP-Togo 2017
 QUESTIONNAIRE BIOMARQUEUR**

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES
 ÉCONOMIQUES ET DÉMOGRAPHIQUES (INSEED)

IDENTIFICATION														
NOM DE LA PRÉFECTURE _____														
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 DE LA STRUCTURE				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										
NUMÉRO DU MÉNAGE				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										
VISITES DE L'AGENT DE TERRAIN														
	1	2	3	VISITE FINALE										
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>										
NOM DE L'AGENT DE TERRAIN	_____	_____	_____	MOIS										
				ANNÉE <table border="1" style="width: 80px; height: 20px; float: right;"> <tr><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>7</td></tr> </table>	2	0	1	7						
2	0	1	7											
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"> <tr><td> </td></tr> </table>										
HEURE	_____	_____												
NOTES: _____ _____ _____ _____				TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>										
				TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>										
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> </table>	0	1	LANGUE DE L'INTERVIEW**	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTE**	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2)	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>	
0	1													
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	FRANÇAIS		**CODES LANGUES :											
			01 FRANÇAIS	09 BASSAR/KONKOMBA										
			02 EWE/MINA	96 AUTRE NATIONALE										
			03 KABYE	_____ (PRÉCISEZ)										
			04 KOTOKOLI/TEM											
			05 AKPOSSO/AKEBOU	97 AUTRE ÉTRANGÈRE										
			06 IFE/ANA	_____ (PRÉCISEZ)										
			07 MOBA-GOURMA											
			08 TCHOKOSSI											
CHEF D'ÉQUIPE														
_____			<table border="1" style="width: 60px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>											
NOM			NUMÉRO											

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9 DANS LE TABLEAU MÉNAGE. 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	COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (JOUR, MOIS ET ANNÉE) DU TABLEAU MÉNAGE. SI UNE DATE COMPLÈTE N'EST PAS FOURNIE 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 2012-2017?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 130) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 130) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 130) ←
105	VÉRIFIEZ 103: EST-CE QUE 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 130) ← PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 130) ← PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 130) ← PLUS ÂGÉ 2
106	NOM DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT	NOM _____ _____	NOM _____ _____	NOM _____ _____

CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE

107	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 2012, 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.</p>		
108	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 NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9 DANS LE TABLEAU MÉNAGE. 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 _____

CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST DE PALUDISME

109	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE.	<p>Dans 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 2012 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. Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyées 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 pour le test. C'est votre décision.</p> <p>Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme?</p>		
110	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO D'AGENT DE TERRAIN	<p>ACCORDÉ 1 REFUS 2</p> <p>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN)</p> <p><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>ABSENTE/AUTRE 3</p>	<p>ACCORDÉ 1 REFUS 2</p> <p>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN)</p> <p><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>ABSENTE/AUTRE 3</p>	<p>ACCORDÉ 1 REFUS 2</p> <p>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN)</p> <p><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>ABSENTE/AUTRE 3</p>
111	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.			
112	ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DE PALUDISME.	<p>COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE</p> <p>ABSENTE 99994 A REFUSÉ 99995 AUTRE 99996</p> <p>COLLEZ LA 2eme ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE TDR , LA 3ème ÉTIQUETTE SUR LA LAME GOUTTE ÉPAISSE, LA 4ème ÉTIQUETTE SUR LA LAME FROTTIS MINCE ET LA 5ème SUR LA FICHE DE TRANSMISSION</p>	<p>COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE</p> <p>ABSENTE 99994 A REFUSÉ 99995 AUTRE 99996</p> <p>COLLEZ LA 2eme ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE TDR , LA 3ème ÉTIQUETTE SUR LA LAME GOUTTE ÉPAISSE, LA 4ème ÉTIQUETTE SUR LA LAME FROTTIS MINCE ET LA 5ème SUR LA FICHE DE TRANSMISSION</p>	<p>COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE</p> <p>ABSENTE 99994 A REFUSÉ 99995 AUTRE 99996</p> <p>COLLEZ LA 2eme ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE TDR , LA 3ème ÉTIQUETTE SUR LA LAME GOUTTE ÉPAISSE, LA 4ème ÉTIQUETTE SUR LA LAME FROTTIS MINCE ET LA 5ème SUR LA FICHE DE TRANSMISSION</p>

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9 DANS LE TABLEAU MÉNAGE. 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 _____
113	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996
114	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 4 AUTRE 5 (ALLEZ À 116) ←	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 4 AUTRE 5 (ALLEZ À 116) ←	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 4 AUTRE 5 (ALLEZ À 116) ←
115	ENREGISTREZ LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF FALCIPARUM . 1 POSITIF ESPÈCES (OMV) 2 POSITIF FALCIPARUM ET ESPÈCES (F et OMV) 3 (ALLEZ À 118) ← NÉGATIF 4 AUTRE 6	POSITIF FALCIPARUM . 1 POSITIF ESPÈCES (OMV) 2 POSITIF FALCIPARUM ET ESPÈCES (F et OMV) 3 (ALLEZ À 118) ← NÉGATIF 4 AUTRE 6	POSITIF FALCIPARUM . 1 POSITIF ESPÈCES (OMV) 2 POSITIF FALCIPARUM ET ESPÈCES (F et OMV) 3 (ALLEZ À 118) ← NÉGATIF 4 AUTRE 6
116	VÉRIFIEZ 113: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.	EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 7.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 130) ←	EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 7.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 130) ←	EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 7.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 130) ←
117	<u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u> INSCRIVEZ LE RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE SUR LA FICHE DE REFERENCE	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 130		
118	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants:	OUI NON	OUI NON	OUI NON
	a) Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême?	a) PROSTRATION 1 2	a) PROSTRATION 1 2	a) PROSTRATION 1 2
	b) Problèmes cardiaques	b) PROBLÈMES CARDIAQUES 1 2	b) PROBLÈMES CARDIAQUES 1 2	b) PROBLÈMES CARDIAQUES 1 2
	c) Perte de conscience?	c) PERTE CONSCIENCE 1 2	c) PERTE CONSCIENCE 1 2	c) PERTE CONSCIENCE 1 2
	d) Insuffisance respiratoire sévère?	d) INSUFFISANCE RESPIRATOIRE 1 2	d) INSUFFISANCE RESPIRATOIRE 1 2	d) INSUFFISANCE RESPIRATOIRE 1 2
	e) Convulsions?	e) CONVULSIONS 1 2	e) CONVULSIONS 1 2	e) CONVULSIONS 1 2
	f) Saignements anormaux?	f) SAIGNEMENTS 1 2	f) SAIGNEMENTS 1 2	f) SAIGNEMENTS 1 2
	g) Ictère/jaunisse (avec coloration des yeux)?	g) ICTÈRE/JAUNISSE 1 2	g) ICTÈRE/JAUNISSE 1 2	g) ICTÈRE/JAUNISSE 1 2
	h) Urine noire ou brune?	h) URINE NOIRE/BRUNE 1 2	h) URINE NOIRE/BRUNE 1 2	h) URINE NOIRE/BRUNE 1 2
119	VÉRIFIEZ 118: Y A-T-IL UN "OUI" ENCERCLÉ ?	NON OUI <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 122) ←	NON OUI <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 122) ←	NON OUI <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 122) ←

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9 DANS LE TABLEAU MÉNAGE. 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 _____
120	VÉRIFIEZ 113: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL 1 <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 122) ← 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL 1 <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 122) ← 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL 1 <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 122) ← 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6
121	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. VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI 1 <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 123) ← NON 2 <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 124) ←	OUI 1 <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 123) ← NON 2 <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 124) ←	OUI 1 <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 123) ← NON 2 <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 124) ←
122	<u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.</u> INSCRIVEZ LE RÉSULTAT DU TDR DE PALUDISME SUR LA FICHE DE REFERENCE	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 128		
123	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		
124	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.		
125	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	MÉDICAMENT ACCEPT. 1 <input type="checkbox"/> (SIGNATURE) ← REFUS 2 <input type="checkbox"/> AUTRE 6 <input type="checkbox"/>	MÉDICAMENT ACCEPT. 1 <input type="checkbox"/> (SIGNATURE) ← REFUS 2 <input type="checkbox"/> AUTRE 6 <input type="checkbox"/>	MÉDICAMENT ACCEPT. 1 <input type="checkbox"/> (SIGNATURE) ← REFUS 2 <input type="checkbox"/> AUTRE 6 <input type="checkbox"/>
126	VÉRIFIEZ 125: MÉDICAMENT ACCEPTÉ	MÉDICAMENT ACCEPT. 1 <input type="checkbox"/> REFUS 2 <input type="checkbox"/> AUTRE 6 <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 130) ←	MÉDICAMENT ACCEPT. 1 <input type="checkbox"/> REFUS 2 <input type="checkbox"/> AUTRE 6 <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 130) ←	MÉDICAMENT ACCEPT. 1 <input type="checkbox"/> REFUS 2 <input type="checkbox"/> AUTRE 6 <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 130) ←

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9 DANS LE TABLEAU MÉNAGE. 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 _____

127	LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.	<p style="text-align: center;">INSTRUCTION POUR LE DOSAGE</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">POIDS (en Kg)/ÂGE</th> <th colspan="3">TRAITEMENT</th> </tr> <tr> <th>Jour 1</th> <th>Jour 2</th> <th>Jour 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5 kg à moins de 15 kg (6 mois à 3 ans)</td> <td>1 Comprimé de Coartem dans l'avant-midi et 1 Comprimé de Coartem dans l'après-midi</td> <td>1 Comprimé de Coartem dans l'avant-midi et 1 Comprimé de Coartem dans l'après-midi</td> <td>1 Comprimé de Coartem dans l'avant-midi et 1 Comprimé de Coartem dans l'après-midi</td> </tr> <tr> <td>15 kg à moins de 25 kg (4 à 5 ans)</td> <td>2 Comprimés de Coartem dans l'avant-midi et 2 Comprimés de Coartem dans l'après-midi</td> <td>2 Comprimés de Coartem dans l'avant-midi et 2 Comprimés de Coartem dans l'après-midi</td> <td>2 Comprimés de Coartem dans l'avant-midi et 2 Comprimés de Coartem dans l'après-midi</td> </tr> </tbody> </table> <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 deux jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p> <p style="text-align: center;">ALLEZ À 130</p>			POIDS (en Kg)/ÂGE	TRAITEMENT			Jour 1	Jour 2	Jour 3	5 kg à moins de 15 kg (6 mois à 3 ans)	1 Comprimé de Coartem dans l'avant-midi et 1 Comprimé de Coartem dans l'après-midi	1 Comprimé de Coartem dans l'avant-midi et 1 Comprimé de Coartem dans l'après-midi	1 Comprimé de Coartem dans l'avant-midi et 1 Comprimé de Coartem dans l'après-midi	15 kg à moins de 25 kg (4 à 5 ans)	2 Comprimés de Coartem dans l'avant-midi et 2 Comprimés de Coartem dans l'après-midi	2 Comprimés de Coartem dans l'avant-midi et 2 Comprimés de Coartem dans l'après-midi	2 Comprimés de Coartem dans l'avant-midi et 2 Comprimés de Coartem dans l'après-midi
POIDS (en Kg)/ÂGE	TRAITEMENT																		
	Jour 1	Jour 2	Jour 3																
5 kg à moins de 15 kg (6 mois à 3 ans)	1 Comprimé de Coartem dans l'avant-midi et 1 Comprimé de Coartem dans l'après-midi	1 Comprimé de Coartem dans l'avant-midi et 1 Comprimé de Coartem dans l'après-midi	1 Comprimé de Coartem dans l'avant-midi et 1 Comprimé de Coartem dans l'après-midi																
15 kg à moins de 25 kg (4 à 5 ans)	2 Comprimés de Coartem dans l'avant-midi et 2 Comprimés de Coartem dans l'après-midi	2 Comprimés de Coartem dans l'avant-midi et 2 Comprimés de Coartem dans l'après-midi	2 Comprimés de Coartem dans l'avant-midi et 2 Comprimés de Coartem dans l'après-midi																
128	VÉRIFIEZ 113: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 130) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 130) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 130) ←															
129	<u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u> INSCRIVEZ LE RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE SUR LA FICHE DE REFERENCE	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.																	
130	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, ALLEZ À 201.																		

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ANS

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9 DANS LE TABLEAU MÉNAGE. 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	COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (JOUR, MOIS ET ANNÉE) DU TABLEAU MÉNAGE. SI UNE DATE COMPLÈTE N'EST PAS FOURNIE 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 2012-2017?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 130) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 130) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 130) ←
105	VÉRIFIEZ 103: EST-CE QUE 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 130) ← PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 130) ← PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 130) ← PLUS ÂGÉ 2
106	NOM DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT	NOM _____ _____	NOM _____ _____	NOM _____ _____

CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE

107	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 2012, 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.</p>		
108	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 NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ANS

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9 DANS LE TABLEAU MÉNAGE. 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 _____

CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST DE PALUDISME

109	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE.	<p>Dans 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 2012 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. 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 pour le test. C'est votre décision.</p> <p>Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme?</p>		
110	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO D'AGENT DE TERRAIN	ACCORDÉ 1 REFUS 2 ← (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 REFUS 2 ← (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 REFUS 2 ← (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE/AUTRE 3
111	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.			
112	ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DE PALUDISME.	<div style="border: 2px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE</div> ABSENTE 99994 A REFUSÉ 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2eme ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE TDR , LA 3ème ÉTIQUETTE SUR LA LAME GOUTTE ÉPAISSE, LA 4ème ÉTIQUETTE SUR LA LAME FROTTIS MINCE ET LA 5ème SUR LA FICHE DE TRANSMISSION	<div style="border: 2px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE</div> ABSENTE 99994 A REFUSÉ 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2eme ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE TDR , LA 3ème ÉTIQUETTE SUR LA LAME GOUTTE ÉPAISSE, LA 4ème ÉTIQUETTE SUR LA LAME FROTTIS MINCE ET LA 5ème SUR LA FICHE DE TRANSMISSION	<div style="border: 2px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE</div> ABSENTE 99994 A REFUSÉ 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2eme ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE TDR , LA 3ème ÉTIQUETTE SUR LA LAME GOUTTE ÉPAISSE, LA 4ème ÉTIQUETTE SUR LA LAME FROTTIS MINCE ET LA 5ème SUR LA FICHE DE TRANSMISSION

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ANS

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9 DANS LE TABLEAU MÉNAGE. 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 _____
113	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996
114	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 4 AUTRE 5 (ALLEZ À 116) ←	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 4 AUTRE 5 (ALLEZ À 116) ←	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 4 AUTRE 5 (ALLEZ À 116) ←
115	ENREGISTREZ LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF FALCIPARUM . 1 POSITIF ESPÈCES (OMV) 2 POSITIF FALCIPARUM ET ESPÈCES (F et OMV) 3 (ALLEZ À 118) ← NÉGATIF 4 AUTRE 6	POSITIF FALCIPARUM . 1 POSITIF ESPÈCES (OMV) 2 POSITIF FALCIPARUM ET ESPÈCES (F et OMV) 3 (ALLEZ À 118) ← NÉGATIF 4 AUTRE 6	POSITIF FALCIPARUM . 1 POSITIF ESPÈCES (OMV) 2 POSITIF FALCIPARUM ET ESPÈCES (F et OMV) 3 (ALLEZ À 118) ← NÉGATIF 4 AUTRE 6
116	VÉRIFIEZ 113: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.	EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 7.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 130) ←	EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 7.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 130) ←	EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 7.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 130) ←
117	<u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u> INSCRIVEZ LE RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE SUR LA FICHE DE REFERENCE	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 130		
118	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants:	OUI NON	OUI NON	OUI NON
	a) Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême?	a) PROSTRATION 1 2	a) PROSTRATION 1 2	a) PROSTRATION 1 2
	b) Problèmes cardiaques	b) PROBLÈMES CARDIAQUES 1 2	b) PROBLÈMES CARDIAQUES 1 2	b) PROBLÈMES CARDIAQUES 1 2
	c) Perte de conscience?	c) PERTE CONSCIENCE 1 2	c) PERTE CONSCIENCE 1 2	c) PERTE CONSCIENCE 1 2
	d) Insuffisance respiratoire sévère?	d) INSUFFISANCE RESPIRATOIRE 1 2	d) INSUFFISANCE RESPIRATOIRE 1 2	d) INSUFFISANCE RESPIRATOIRE 1 2
	e) Convulsions?	e) CONVULSIONS 1 2	e) CONVULSIONS 1 2	e) CONVULSIONS 1 2
	f) Saignements anormaux?	f) SAIGNEMENTS 1 2	f) SAIGNEMENTS 1 2	f) SAIGNEMENTS 1 2
	g) Ictère/jaunisse (avec coloration des yeux)?	g) ICTÈRE/JAUNISSE 1 2	g) ICTÈRE/JAUNISSE 1 2	g) ICTÈRE/JAUNISSE 1 2
	h) Urine noire ou brune?	h) URINE NOIRE/BRUNE 1 2	h) URINE NOIRE/BRUNE 1 2	h) URINE NOIRE/BRUNE 1 2
119	VÉRIFIEZ 118: Y A-T-IL UN "OUI" ENCERCLÉ ?	NON OUI <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 122) ←	NON OUI <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 122) ←	NON OUI <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 122) ←

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ANS

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9 DANS LE TABLEAU MÉNAGE. 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 _____
120	VÉRIFIEZ 113: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL 1 } (ALLEZ À 122) ← 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL 1 } (ALLEZ À 122) ← 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL 1 } (ALLEZ À 122) ← 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6
121	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. VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI 1 } (ALLEZ À 123) ← NON 2 } (ALLEZ À 124) ←	OUI 1 } (ALLEZ À 123) ← NON 2 } (ALLEZ À 124) ←	OUI 1 } (ALLEZ À 123) ← NON 2 } (ALLEZ À 124) ←
122	<u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.</u> INSCRIVEZ LE RÉSULTAT DU TDR DE PALUDISME SUR LA FICHE DE REFERENCE	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 128		
123	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		
124	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.		
125	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	MÉDICAMENT ACCEPT. 1 } _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2 } AUTRE 6	MÉDICAMENT ACCEPT. 1 } _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2 } AUTRE 6	MÉDICAMENT ACCEPT. 1 } _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2 } AUTRE 6
126	VÉRIFIEZ 125: MÉDICAMENT ACCEPTÉ	MÉDICAMENT ACCEPT. 1 } REFUS 2 } AUTRE 6 } (ALLEZ À 130) ←	MÉDICAMENT ACCEPT. 1 } REFUS 2 } AUTRE 6 } (ALLEZ À 130) ←	MÉDICAMENT ACCEPT. 1 } REFUS 2 } AUTRE 6 } (ALLEZ À 130) ←

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9 DANS LE TABLEAU MÉNAGE. 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 _____

127	LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.	<p style="text-align: center;">INSTRUCTION POUR LE DOSAGE</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">POIDS (en Kg)/ÂGE</th> <th colspan="3">TRAITEMENT</th> </tr> <tr> <th>Jour 1</th> <th>Jour 2</th> <th>Jour 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">5 kg à moins de 15 kg (6 mois à 3 ans)</td> <td>1 Comprimé de Coartem dans l'avant-midi et 1 Comprimé de Coartem dans l'après-midi</td> <td>1 Comprimé de Coartem dans l'avant-midi et 1 Comprimé de Coartem dans l'après-midi</td> <td>1 Comprimé de Coartem dans l'avant-midi et 1 Comprimé de Coartem dans l'après-midi</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">15 kg à moins de 25 kg (4 à 5 ans)</td> <td>2 Comprimés de Coartem dans l'avant-midi et 2 Comprimés de Coartem dans l'après-midi</td> <td>2 Comprimés de Coartem dans l'avant-midi et 2 Comprimés de Coartem dans l'après-midi</td> <td>2 Comprimés de Coartem dans l'avant-midi et 2 Comprimés de Coartem dans l'après-midi</td> </tr> </tbody> </table> <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 deux jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p> <p style="text-align: center;">ALLEZ À 130</p>			POIDS (en Kg)/ÂGE	TRAITEMENT			Jour 1	Jour 2	Jour 3	5 kg à moins de 15 kg (6 mois à 3 ans)	1 Comprimé de Coartem dans l'avant-midi et 1 Comprimé de Coartem dans l'après-midi	1 Comprimé de Coartem dans l'avant-midi et 1 Comprimé de Coartem dans l'après-midi	1 Comprimé de Coartem dans l'avant-midi et 1 Comprimé de Coartem dans l'après-midi	15 kg à moins de 25 kg (4 à 5 ans)	2 Comprimés de Coartem dans l'avant-midi et 2 Comprimés de Coartem dans l'après-midi	2 Comprimés de Coartem dans l'avant-midi et 2 Comprimés de Coartem dans l'après-midi	2 Comprimés de Coartem dans l'avant-midi et 2 Comprimés de Coartem dans l'après-midi
POIDS (en Kg)/ÂGE	TRAITEMENT																		
	Jour 1	Jour 2	Jour 3																
5 kg à moins de 15 kg (6 mois à 3 ans)	1 Comprimé de Coartem dans l'avant-midi et 1 Comprimé de Coartem dans l'après-midi	1 Comprimé de Coartem dans l'avant-midi et 1 Comprimé de Coartem dans l'après-midi	1 Comprimé de Coartem dans l'avant-midi et 1 Comprimé de Coartem dans l'après-midi																
15 kg à moins de 25 kg (4 à 5 ans)	2 Comprimés de Coartem dans l'avant-midi et 2 Comprimés de Coartem dans l'après-midi	2 Comprimés de Coartem dans l'avant-midi et 2 Comprimés de Coartem dans l'après-midi	2 Comprimés de Coartem dans l'avant-midi et 2 Comprimés de Coartem dans l'après-midi																

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

129	<u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u> INSCRIVEZ LE RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE SUR LA FICHE DE REFERENCE	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.		
-----	--	--	--	--

130	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, ALLEZ À 201.			
-----	---	--	--	--

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE

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 8. 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 7B (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
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 (ALLEZ À 216) ← AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 (ALLEZ À 216) ← AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 (ALLEZ À 216) ← AUTRE 2

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE 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	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT 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 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	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE REFUSE 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 233) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 233) ←	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE REFUSE 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 233) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 233) ←	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE REFUSE 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 233) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 233) ←
	211A	VÉRIFIEZ 225 DANS QUESTIONNAIRE FEMME OU DEMANDEZ : Êtes-vous enceinte ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 229) ←	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 229) ←	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 229) ←

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____

216	INSCRIVEZ LE NOM DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ADOLESCENTE .	NOM _____ _____	NOM _____ _____	NOM _____ _____
-----	--	--------------------	--------------------	--------------------

CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE

P A R E N T A D U L T E R E S P O N S A B L E	217	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE 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 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>		
	218	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1] PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2] _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 233) ABSENTE/AUTRE 3] (ALLEZ À 233) ←	ACCORDÉ 1] PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2] _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 233) ABSENTE/AUTRE 3] (ALLEZ À 233) ←	ACCORDÉ 1] PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2] _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 233) ABSENTE/AUTRE 3] (ALLEZ À 233) ←

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	219	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>		
	220	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1] ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2] _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 233) ABSENTE/AUTRE 3] (ALLEZ À 233) ←	ACCORDÉ 1] ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2] _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 233) ABSENTE/AUTRE 3] (ALLEZ À 233) ←	ACCORDÉ 1] ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2] _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 233) ABSENTE/AUTRE 3] (ALLEZ À 233) ←
	220A	VÉRIFIEZ 225 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

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____
229	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES POUR LE TEST D'ANÉMIE			
231	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
233	RETOURNEZ À 202 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIÈRE COLONNE D'UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE; SI PLUS DE FEMMES, TERMINEZ L'INTERVIEW.			

