

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
INQUÉRITO DE INDICADORES DE IMUNIZAÇÃO, MALÁRIA E HIV/SIDA
IMASIDA 2015
QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR

Versão: 07/10/2014

IDENTIFICAÇÃO																																												
NOME DO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR _____ NOME DO LOCAL _____ PROVÍNCIA _____ DISTRITO _____ URBANO / RURAL (URBANO = 1, RURAL = 2) NÚMERO DA ÁREA DE ENUMERAÇÃO (IMASIDA I.D.) NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAR				<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																								
VISITAS DO(A) INQUIRIDOR(A)																																												
	1	2	3	VISITA FINAL																																								
DATA				DIA <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> MÊS <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> ANO <table border="1"><tr><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Nº INQUIDOR <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> RESULTADO* <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																	2	0	1	5																				
2	0	1	5																																									
NOME DO(A) INQUIRIDOR(A)																																												
RESULTADO*																																												
PRÓXIMA DATA VISITA: HORA				NÚMERO TOTAL DE VISITAS <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																								
*CÓDIGOS DE RESULTADOS 1 COMPLETO 2 AGREGADO FAMILIAR AUSENTE OU NÃO HÁ PESSOA COMPETENTE 3 TODO AGREGADO AUSENTE POR UM PERÍODO PROLONGADO DE TEMPO 4 ENTREVISTA ADIADA 5 RECUSA TOTAL 6 CASA DESOCUPADA OU O PRÉDIO NÃO É RESIDÊNCIA 7 CASA DESTRUÍDA 8 CASA NÃO ENCONTRADA 9 OUTRO _____ (ESPECIFIQUE)				NÚMERO TOTAL DE PESSOAS NO AF <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> NÚMERO DE MULHERES 15-59 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> NÚMERO DE HOMENS 15-59 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> NÚMERO DE CRIANÇAS 0-5 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Nº DE ORDEM DO INQUIRIDO <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																								
VISITAS DO(A) TÉCNICO DE SAÚDE																																												
	1	2	3	VISITA FINAL																																								
DATA				DIA <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> MÊS <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> ANO <table border="1"><tr><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Nº TÉCNICO <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																	2	0	1	5																				
2	0	1	5																																									
NOME DO(A) TÉCNICO DE SAÚDE																																												
CONTOLODOR(A)		DIGITADOR(A) DE CAMPO		DIGITADOR(A) DE ESCRITÓRIO																																								
NOME _____		NOME _____		NOME _____																																								

CONSENTIMENTO INFORMADO

Bom dia/tarde. Meu nome é (DIZER O NOME). Trabalho para o Instituto Nacional de Saúde (INS), Ministério da Saúde. Estamos a realizar um inquérito nacional sobre vários assuntos relacionados com a saúde. Agradecemos a sua participação neste inquérito. As informações que estamos a recolher vão ajudar o governo de Moçambique na planificação e melhoramento dos serviços de saúde. Como parte do inquérito, gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre o seu agregado familiar. A entrevista demora habitualmente 20 minutos. As informações que nos providenciar serão estritamente confidenciais e não serão partilhadas com ninguém além dos membros da equipa de trabalho.

A sua participação neste inquérito é voluntária e se tiver qualquer pergunta que não queira responder pode nos dizer e passaremos para a questão seguinte. Pode interromper a entrevista a qualquer momento.

Em caso de precisar mais informações acerca deste inquérito pode perguntar ou contactar a Direcção Provincial de Saúde e ao Instituto Nacional de Saúde através dos números 823991494 (Sr. Acácio Sabonete) ou 827573630 (Sr. Ângelo Augusto). Em caso de mau procedimento da minha parte poderá contactar ao Comité Nacional de Bioética para Saúde (CNBS) através da sua secretária, senhora Cristina Quissico pelo número 824066350.

Tem alguma pergunta?

Aceita participar no inquérito?

O INQUIRIDO ACEITA SER ENTREVISTADO ☐

O INQUIRIDO NÃO ACEITA SER ENTREVISTADO ☐ → FIM

ASSINATURA DO INQUIRIDOR(A)

ASSINATURA DO INQUIRIDO


IMPRESSÃO
DIGITAL

DATA

LISTAGEM DO AGREGADO FAMILIAR

							PESSOAS DE 15 ANOS OU MAIS			
Nº DE ORDEM	RESIDENTES HABITUAIS E VISITANTES	RELAÇÃO COM O CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR	SEXO	RESIDÊNCIA		IDADE	ESTADO CIVIL	ELIGIBILIDADE		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
	<p>Por favor, diga-me os nomes das pessoas que vivem habitualmente neste agregado e dos visitantes que dormiram a noite passada aqui, começando pelo chefe do agregado familiar.</p> <p>DEPOIS DE COMPLETAR OS NOMES, A RELAÇÃO, E SEXO DE CADA PESSOA, FAÇA AS PERGUNTAS 2A-2C, PARA VERIFICAR QUE A LISTA ESTÁ COMPLETA.</p> <p>DEPOIS, FAÇA AS PERGUNTAS DAS COLUNAS 5 A 20 PARA TODAS AS PESSOAS.</p>	<p>Qual é a relação entre (NOME) e o chefe do agregado familiar?</p> <p>VEJA OS CÓDIGOS EM BAIXO</p>	<p>(NOME) é homem ou mulher?</p>	<p>(NOME) vive habitualmente nesta casa?</p>	<p>(NOME) dormiu a noite passada aqui?</p>	<p>Quantos anos completos tem (NOME) ?</p> <p>SE 95 OU MAIS, ESCREVA '95'</p>	<p>Qual é o estado civil actual do (NOME)?</p> <p>1 = CASADO(A) OU VIVE EM UNIÃO 2 = DIVORCIADO / SEPARADO(A) 3 = VIÚVO(A) 4 = NUNCA CASADO(A) E NUNCA VIVEU EM UNIÃO 8 = NÃO SABE</p>	<p>FAÇA UM CÍRCULO NO Nº DE TODAS AS PESSOAS DE 15-59 ANOS</p> <p>(ENTREVISTA E TESTAGEM DE HIV)</p>	<p>FAÇA UM CÍRCULO NO Nº DE TODAS AS PESSOAS DE 18-59 ANOS</p> <p>(VIOLÊNCIA DOMÉSTICA)</p>	<p>FAÇA UM CÍRCULO NO Nº DE TODAS AS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS</p> <p>(TESTAGEM DE MALARIA, ANEMIA E ANTICORPOS)</p>
01		<input type="text"/>	H M 1 2	SIM NÃO 1 2	SIM NÃO 1 2	EM ANOS <input type="text"/>	<input type="text"/>	01	01	01
02		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	02	02	02
03		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	03	03	03
04		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	04	04	04
05		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	05	05	05
06		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	06	06	06
07		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	07	07	07
08		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	08	08	08
09		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	09	09	09
10		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	10	10	10

2A) Só para confirmar que a lista está completa: existem outras pessoas como crianças ou bebés que não foram listados? SIM ☐ INCLUI NA LISTA NÃO ☐

2B) Existem outras pessoas que não são familiares como empregados domésticos, inquilinos, ou amigos que vivem habitualmente nesta casa? SIM ☐ INCLUI NA LISTA NÃO ☐

2C) Tem hóspedes, visitantes temporários, ou alguém que tenha dormido nesta casa ontem à noite e que não foram listados? SIM ☐ INCLUI NA LISTA NÃO ☐

CÓDIGOS PARA P. 3: RELAÇÃO COM O CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR.

01 = CHEFE
02 = CÔNJUGE
03 = FILHO/FILHA
04 = GENRO / NORA
05 = NETO / NETA
06 = PAI / MÃE
07 = SOGRO / SOGRA

08 = IRMÃO / IRMÃ
09 = OUTRO PARENTE
10 = FILHO ADOPTIVO/ENTEADO
11 = SEM PARENTESCO
98 = NÃO SABE

LISTAGEM DO AGREGADO FAMILIAR

							PESSOAS DE 15 ANOS OU MAIS			
Nº DE ORDEM	RESIDENTES HABITUAIS E VISITANTES	RELAÇÃO COM O CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR	SEXO	RESIDÊNCIA		IDADE	ESTADO CIVIL	ELIGIBILIDADE		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
	<p>Por favor, diga-me os nomes das pessoas que vivem habitualmente neste agregado e dos visitantes que dormiram a noite passada aqui, começando pelo chefe do agregado familiar.</p> <p>DEPOIS DE COMPLETAR OS NOMES, A RELAÇÃO, E SEXO DE CADA PESSOA, FAÇA AS PERGUNTAS 2A-2C, PARA VERIFICAR QUE A LISTA ESTÁ COMPLETA.</p> <p>DEPOIS, FAÇA AS PERGUNTAS DAS COLUNAS 5 A 20 PARA TODAS AS PESSOAS.</p>	<p>Qual é a relação entre (NOME) e o chefe do agregado familiar?</p> <p>VEJA OS CÓDIGOS EM BAIXO</p>	(NOME) é homem ou mulher?	(NOME) vive habitualmente nesta casa?	(NOME) dormiu a noite passada aqui?	<p>Quantos anos completos tem (NOME) ?</p> <p>SE 95 OU MAIS, ESCREVA '95'</p>	<p>Qual é o estado civil actual do (NOME)?</p> <p>1 = CASADO(A) OU VIVE EM UNIÃO 2 = DIVORCIADO / SEPARADO(A) 3 = VIÚVO(A) 4 = NUNCA CASADO(A) E NUNCA VIVEU EM UNIÃO 8 = NÃO SABE</p>	<p>FAÇA UM CÍRCULO NO Nº DE TODAS AS PESSOAS DE 15-59 ANOS</p> <p>(ENTREVISTA E TESTAGEM DE HIV)</p>	<p>FAÇA UM CÍRCULO NO Nº DE TODAS AS PESSOAS DE 18-59 ANOS</p> <p>(VIOLÊNCIA DOMÉSTICA)</p>	<p>FAÇA UM CÍRCULO NO Nº DE TODAS AS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS</p> <p>(TESTAGEM DE MALARIA, ANEMIA E ANTICORPOS)</p>
11		<input type="text"/>	H M 1 2	S N 1 2	S N 1 2	EM ANOS <input type="text"/>	<input type="text"/>	11	11	11
12		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	12	12	12
13		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	13	13	13
14		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	14	14	14
15		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	15	15	15
16		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	16	16	16
17		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	17	17	17
18		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	18	18	18
19		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	19	19	19
20		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	20	20	20

MARQUE AQUI SE TEM QUE USAR A PÁGINA DE CONTINUAÇÃO: ☐

2A) Só para confirmar que a lista está completa: existem outras pessoas como crianças ou bebés que não foram listados?

SIM ☐ INCLUI NA LISTA NÃO ☐

2B) Existem outras pessoas que não são familiares como empregados domésticos, inquilinos, ou amigos que vivem habitualmente nesta casa?

SIM ☐ INCLUI NA LISTA NÃO ☐

2C) Tem hóspedes, visitantes temporários, ou alguém que tenha dormido nesta casa ontem à noite e que não foram listados?

SIM ☐ INCLUI NA LISTA NÃO ☐

CÓDIGOS PARA P. 3: RELAÇÃO COM O CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR.

01 = CHEFE 08 = IRMÃO / IRMÃ
02 = CÔNJUGE 09 = OUTRO PARENTE
03 = FILHO/FILHA 10 = FILHO ADOPTIVO/ENTEADO
04 = GENRO / NORA 11 = SEM PARENTESCO
05 = NETO / NETA 98 = NÃO SABE
06 = PAI / MÃE
07 = SOGRO / SOGRA

	PESSOAS DE 0-17 ANOS				PESSOAS DE 5 ANOS OU MAIS		PESSOAS DE 5-24 ANOS		PESSOAS DE 0-4 ANOS
Nº DE ORDEM	SOBREVIVÊNCIA E RESIDÊNCIA DOS PAIS BIOLÓGICOS				FREQUÊNCIA ESCOLAR		ACTUALMENTE/ RECENTEMENTE FREQUENTA A ESCOLA		REGISTO DE NASCIMENTO
	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)
	A mãe biológica de (NOME) está viva?	A mãe biológica de (NOME) vive nesta casa ou era hóspede na última noite? SE SIM: Qual é o nome dela? ESCREVA O NÚMERO DE ORDEM DA MÃE. SE NÃO, ESCREVA '00'.	O pai biológico de (NOME) está vivo?	O pai biológico de (NOME) vive nesta casa ou era hóspede na última noite? SE SIM: Qual é o nome dele? ESCREVA O NÚMERO DE ORDEM DO PAI. SE NÃO, ESCREVA '00'.	O (NOME) alguma vez frequentou a escola?	Qual é o nível mais elevado que (NOME) frequentou? Qual é a classe / ano mais elevado que o (NOME) completou nesse nível? VEJA CÓDIGOS EM BAIXO	O (NOME) frequentou escola este ano?	Este ano, qual foi a última classe/ano que (NOME) frequentou?	O (NOME) tem certidão de nascimento? SE NÃO, PERGUNTE: O (NOME) foi registado pelo Registo Civil? 1 = TEM CERTIDÃO 2 = REGISTADO 3 = NUNCA 8 = NÃO SABE
01	SIM NÃO NS 1 2 8 ↓ PASSE A 14	<input type="text"/>	SIM NÃO NS 1 2 8 ↓ PASSE A 16	<input type="text"/>	SIM NÃO 1 2 LINHA SEGUINTE	NÍVEL CLASSE <input type="text"/>	S N 1 2 LINHA SEGUINTE	NÍVEL CLASSE <input type="text"/>	<input type="text"/>
02	SIM NÃO NS 1 2 8 ↓ PASSE A 14	<input type="text"/>	SIM NÃO NS 1 2 8 ↓ PASSE A 16	<input type="text"/>	SIM NÃO 1 2 LINHA SEGUINTE	NÍVEL CLASSE <input type="text"/>	S N 1 2 LINHA SEGUINTE	NÍVEL CLASSE <input type="text"/>	<input type="text"/>
03	SIM NÃO NS 1 2 8 ↓ PASSE A 14	<input type="text"/>	SIM NÃO NS 1 2 8 ↓ PASSE A 16	<input type="text"/>	SIM NÃO 1 2 LINHA SEGUINTE	NÍVEL CLASSE <input type="text"/>	S N 1 2 LINHA SEGUINTE	NÍVEL CLASSE <input type="text"/>	<input type="text"/>
04	SIM NÃO NS 1 2 8 ↓ PASSE A 14	<input type="text"/>	SIM NÃO NS 1 2 8 ↓ PASSE A 16	<input type="text"/>	SIM NÃO 1 2 LINHA SEGUINTE	NÍVEL CLASSE <input type="text"/>	S N 1 2 LINHA SEGUINTE	NÍVEL CLASSE <input type="text"/>	<input type="text"/>
05	SIM NÃO NS 1 2 8 ↓ PASSE A 14	<input type="text"/>	SIM NÃO NS 1 2 8 ↓ PASSE A 16	<input type="text"/>	SIM NÃO 1 2 LINHA SEGUINTE	NÍVEL CLASSE <input type="text"/>	S N 1 2 LINHA SEGUINTE	NÍVEL CLASSE <input type="text"/>	<input type="text"/>
06	SIM NÃO NS 1 2 8 ↓ PASSE A 14	<input type="text"/>	SIM NÃO NS 1 2 8 ↓ PASSE A 16	<input type="text"/>	SIM NÃO 1 2 LINHA SEGUINTE	NÍVEL CLASSE <input type="text"/>	S N 1 2 LINHA SEGUINTE	NÍVEL CLASSE <input type="text"/>	<input type="text"/>
07	SIM NÃO NS 1 2 8 ↓ PASSE A 14	<input type="text"/>	SIM NÃO NS 1 2 8 ↓ PASSE A 16	<input type="text"/>	SIM NÃO 1 2 LINHA SEGUINTE	NÍVEL CLASSE <input type="text"/>	S N 1 2 LINHA SEGUINTE	NÍVEL CLASSE <input type="text"/>	<input type="text"/>
08	SIM NÃO NS 1 2 8 ↓ PASSE A 14	<input type="text"/>	SIM NÃO NS 1 2 8 ↓ PASSE A 16	<input type="text"/>	SIM NÃO 1 2 LINHA SEGUINTE	NÍVEL CLASSE <input type="text"/>	S N 1 2 LINHA SEGUINTE	NÍVEL CLASSE <input type="text"/>	<input type="text"/>
09	SIM NÃO NS 1 2 8 ↓ PASSE A 14	<input type="text"/>	SIM NÃO NS 1 2 8 ↓ PASSE A 16	<input type="text"/>	SIM NÃO 1 2 LINHA SEGUINTE	NÍVEL CLASSE <input type="text"/>	S N 1 2 LINHA SEGUINTE	NÍVEL CLASSE <input type="text"/>	<input type="text"/>
10	SIM NÃO NS 1 2 8 ↓ PASSE A 14	<input type="text"/>	SIM NÃO NS 1 2 8 ↓ PASSE A 16	<input type="text"/>	SIM NÃO 1 2 LINHA SEGUINTE	NÍVEL CLASSE <input type="text"/>	S N 1 2 LINHA SEGUINTE	NÍVEL CLASSE <input type="text"/>	<input type="text"/>
<p>CÓDIGOS PARA P. 17 E 19: EDUCAÇÃO NÍVEL</p> <p>00 = ALFABETIZAÇÃO 01 = PRIMÁRIO EP1 02 = PRIMÁRIO EP2 03 = SECUNDÁRIO ESG1 04 = SECUNDÁRIO ESG2 05 = TÉCNICO ELEMENTAR 06 = TÉCNICO BÁSICO 07 = TÉCNICO MÉDIO 08 = FORMAÇÃO DE PROFS. PRIMÁRIOS 09 = SUPERIOR</p> <p>CLASSE/ANO</p> <p>ANO 01 - 02- 03 CLASSE 01 - 05 CLASSE 06 - 07 CLASSE 08 - 10 CLASSE 11 - 12 ANO 01 - 04 ANO 01 - 03 ANO 01 - 03 ANO 01 - 03 ANO 01 - 07</p> <p>00= MENOS DE 1ª CLASSE/ANO: (SÓ PARA A PERGUNTA 17). 98=NÃO SABE</p>									

	PESSOAS DE 0-17 ANOS				PESSOAS DE 5 ANOS OU MAIS		PESSOAS DE 5-24 ANOS		PESSOAS DE 0-4 ANOS
Nº DE ORDEM	SOBREVIVÊNCIA E RESIDÊNCIA DOS PAIS BIOLÓGICOS				FREQUÊNCIA ESCOLAR		ACTUALMENTE/ RECENTEMENTE FREQUENTA A ESCOLA		REGISTO DE NASCIMENTO
	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)
	A mãe biológica de (NOME) está viva?	A mãe biológica de (NOME) vive nesta casa ou era hóspede na última noite? SE SIM: Qual é o nome dela? ESCREVA O NÚMERO DE ORDEM DA MÃE. SE NÃO, ESCREVA '00'.	O pai biológico de (NOME) está vivo?	O pai biológico de (NOME) vive nesta casa ou era hóspede na última noite? SE SIM: Qual é o nome dele? ESCREVA O NÚMERO DE ORDEM DO PAI. SE NÃO, ESCREVA '00'.	O (NOME) alguma vez frequentou a escola?	Qual é o nível mais elevado que (NOME) frequentou? Qual é a classe / ano mais elevado que o (NOME) completou nesse nível? VEJA CÓDIGOS EM BAIXO	O (NOME) frequentou escola este ano?	Este ano, qual foi a última classe/ano que (NOME) frequentou?	O (NOME) tem certidão de nascimento? SE NÃO, PERGUNTE: O (NOME) foi registado pelo Registo Civil? 1 = TEM CERTIDÃO 2 = REGISTADO 3 = NUNCA 8 = NÃO SABE
11	SIM NÃO NS 1 2 8 PASSE A 14		S N NS 1 2 8 PASSE A 16		1 2 LINHA SEGUINTE	NÍVEL CLASSE	S N 1 2 LINHA SEGUINTE	NÍVEL CLASSE	
12	1 2 8 PASSE A 14		1 2 8 PASSE A 16		1 2 LINHA SEGUINTE		1 2 LINHA SEGUINTE		
13	1 2 8 PASSE A 14		1 2 8 PASSE A 16		1 2 LINHA SEGUINTE		1 2 LINHA SEGUINTE		
14	1 2 8 PASSE A 14		1 2 8 PASSE A 16		1 2 LINHA SEGUINTE		1 2 LINHA SEGUINTE		
15	1 2 8 PASSE A 14		1 2 8 PASSE A 16		1 2 LINHA SEGUINTE		1 2 LINHA SEGUINTE		
16	1 2 8 PASSE A 14		1 2 8 PASSE A 16		1 2 LINHA SEGUINTE		1 2 LINHA SEGUINTE		
17	1 2 8 PASSE A 14		1 2 8 PASSE A 16		1 2 LINHA SEGUINTE		1 2 LINHA SEGUINTE		
18	1 2 8 PASSE A 14		1 2 8 PASSE A 16		1 2 LINHA SEGUINTE		1 2 LINHA SEGUINTE		
19	1 2 8 PASSE A 14		1 2 8 PASSE A 16		1 2 LINHA SEGUINTE		1 2 LINHA SEGUINTE		
20	1 2 8 PASSE A 14		1 2 8 PASSE A 16		1 2 LINHA SEGUINTE		1 2 LINHA SEGUINTE		

CÓDIGOS PARA P. 17 E 19: EDUCAÇÃO NÍVEL

00 = ALFABETIZAÇÃO
01 = PRIMÁRIO EP1
02 = PRIMÁRIO EP2
03 = SECUNDÁRIO ESG1
04 = SECUNDÁRIO ESG2
05 = TÉCNICO ELEMENTAR
06 = TÉCNICO BÁSICO
07=TÉCNICO MÉDIO
08=FORMAÇÃO DE PROFS. PRIMÁRIOS
09=SUPERIOR

CLASSE/ANO

ANO 01 - 02- 03
CLASSE 01 - 05
CLASSE 06 - 07
CLASSE 08 - 10
CLASSE 11 - 12
ANO 01 - 04
ANO 01 - 03
ANO 01 - 03
ANO 01 - 03
ANO 01 - 07

00= MENOS DE 1ª CLASSE/ANO:
(SÓ PARA A PERGUNTA 17).
98=NÃO SABE

**TABELA PARA SELECIONAR A PESSOA PARA COMPLETAR
O MODULO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

1) ÚLTIMO DÍGITO DO NÚMERO DE SÉRIE DO QUESTIONÁRIO
(INDICA O NÚMERO DA LINHA)

2) NÚMERO TOTAL DE PESSOAS ELEGÍVEIS (18 - 59 ANOS) NA COLUNA 10
(INDICA O NÚMERO DA COLUNA)

3) NO SEGUINTE QUADRO, FAÇA UM CÍRCULO NA INTERSEÇÃO DA CORRESPONDENTE COLUNA E FILA. O NÚMERO INDICA A PESSOA SELECIONADA DA LISTA DE PESSOAS ELEGÍVEIS (COLUNA 10), PARA COMPLETAR AS PERGUNTAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.

4) SE TEM MAIS DE 8 PESSOAS ELEGÍVEIS, USE A COLUNA 8 COMO REFERÊNCIA.

ÚLTIMO DÍGITO DO NUMERO DO SÉRIE	NÚMERO TOTAL DE PESSOAS ELEGÍVEIS							
	1	2	3	4	5	6	7	8
0	1	2	2	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1
6	1	2	2	2	4	6	4	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5

NOME DA PESSOA
SELECIONADA

NÚMERO DE ORDEM DA
PESSOA SELECIONADA:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

CARACTERÍSTICAS DO AGREGADO FAMILIAR

Nº.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DE CATEGORIAS	PASSE A																					
101	Qual é a principal fonte de abastecimento de água usada pelos membros desta casa para beber?	ÁGUA CANALIZADA DENTRO DE CASA 11 FORA DE CASA MAS DENTRO DO QUINTAL12 NA CASA DO VIZINHO13 ÁGUA DE FONTENÁRIO 14 ÁGUA DO POÇO POÇO PROTEGIDO 31 POÇO NÃO PROTEGIDO32 FURO COM BOMBA MANUAL 33 ÁGUA DA CHUVA51 CAMIÃO CISTERNA 61 ÁGUA DE SUPERFÍCIE ÁGUA RIO / RIACHO/LAGO/LAGOA81 ÁGUA ENGARRAFADA/MINERAL 91 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE)	<div>→ 104</div> <div>→ 104</div>																					
102	Onde está localizada essa fonte?	DENTRO DA PRÓPRIA CASA 1 NO PRÓPRIO QUINTAL 2 NUM OUTRO LUGAR 3	→ 104																					
103	Quanto tempo leva para chegar lá, tirar água e voltar?	MINUTOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE998																						
104	Trata a água de alguma maneira para ficar segura para beber?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 106																					
105	O que costuma fazer para tornar a água segura para beber? Faz mais alguma coisa? MARQUE TODAS AS RESPOSTAS.	FERVER A ADICIONAR LIXÍVIA / CLORO B ADICIONAR "CERTEZA" C FILTRAR COM UM PANO D USAR FILTRO DE ÁGUA (CERÂMICA, AREIA, COMPOSTO ETC.) E DESINFECÇÃO SOLAR F DEIXAR REPOUSAR E ASSENTAR G OUTRO X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z																						
106	Que tipo de casa de banho os membros do agregado geralmente usam aqui em casa?	RETRETE COM AUTOCLISMO11 RETRETE SEM AUTOCLISMO12 LATRINA MELHORADA21 LATRINA TRADICIONAL MELHORADA22 LATRINA NÃO MELHORADA23 NÃO TEM LATRINA/NO MATO61 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE)	→ 109																					
107	A casa de banho é partilhada pelos membros de outros agregados familiares?	SIM 1 NÃO 2	→ 109																					
108	Quantos agregados familiares partilham esta casa de banho?	Nº DE AGREGADOS SE MENOS DE 10 <input type="text"/> <input type="text"/> 10 AGREGADOS OU MAIS95 NÃO SABE 98																						
109	O agregado familiar possui: a) Electricidade? b) Rádio? c) Televisor? d) Telefone celular? e) Telefone fixo? f) Geleira/congelador?	<table> <thead> <tr> <th></th><th>SIM</th><th>NÃO</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) ELECTRICIDADE</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>b) RÁDIO</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>c) TELEVISOR</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>d) TELEFONE CELULAR</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>e) TELEFONE FIXO</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>f) GELEIRA/CONGELADOR.</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	a) ELECTRICIDADE	1	2	b) RÁDIO	1	2	c) TELEVISOR	1	2	d) TELEFONE CELULAR	1	2	e) TELEFONE FIXO	1	2	f) GELEIRA/CONGELADOR.	1	2	
	SIM	NÃO																						
a) ELECTRICIDADE	1	2																						
b) RÁDIO	1	2																						
c) TELEVISOR	1	2																						
d) TELEFONE CELULAR	1	2																						
e) TELEFONE FIXO	1	2																						
f) GELEIRA/CONGELADOR.	1	2																						

Nº.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DE CATEGORIAS	PASSE A																					
110	Qual é a principal fonte de energia ou combustível que o agregado usa para cozinhar?	ELECTRICIDADE 01 GÁS NATURAL 03 PETRÓLEO /PARAFINA / KEROSENE ... 04 CARVÃO MINERAL 06 CARVÃO VEGETAL 07 LENHA 08 FEZES DE ANIMAIS 09 OS ALIMENTOS NÃO SÃO COZINHADOS EM CASA 95 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE)	→ 113																					
111	Cozinha dentro de casa, numa casa separada ou fora?	DENTRO DE CASA 1 NUMA CASA SEPARADA 2 FORA. 3 OUTRO 6 (ESPECIFIQUE)	→ 113																					
112	Possui uma divisão separada que serve de cozinha?	SIM 1 NÃO 2																						
113	MATERIAL PRINCIPAL PARA CONSTRUÇÃO DO PISO. MARQUE A CATEGORIA	TERRA BATIDA 11 TERRA NÃO BATIDA 12 MADEIRA RUDIMENTAR. 21 ADOBE 22 PARQUET OU MADEIRA SERRADA 31 TIJOLEIRA/LADRILHOS. 32 CIMENTO 33 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE)																						
114	MATERIAL PRINCIPAL DO TECTO MARQUE A CATEGORIA	SEM TELHADO/COBERTURA 11 CAPIM/COLMO/PALMEIRA 12 CHAPAS DE ZINCO 31 CHAPAS DE LUSALITE 32 TELHA 33 LAJE DE BETÃO 34 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE)																						
115	MATERIAL PRINCIPAL DAS PAREDES EXTERIORES MARQUE A CATEGORIA	SEM PAREDES 11 CANIÇO/PAUS/BAMBÚ/PALMEIRA 12 LATA / CARTÃO / PAPEL / SACO 13 PAUS MATICADOS 21 CASCA. 22 MADEIRA / ZINCO 23 BLOCO DE ADOBE 24 BLOCO DE TIJOLO 31 BLOCO DE CIMENTO 32 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE)																						
116	Quantas divisões/quartos da casa usam para dormir?	QUARTOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																						
117	Algum membro do agregado familiar possui:	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>SIM</th><th>NÃO</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Relógio de pulso?</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>b) Bicicleta?</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>c) Motorizada?</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>d) Carroça de tração animal?</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>e) Carro ou camião?</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>f) Barco a motor?</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	a) Relógio de pulso?	1	2	b) Bicicleta?	1	2	c) Motorizada?	1	2	d) Carroça de tração animal?	1	2	e) Carro ou camião?	1	2	f) Barco a motor?	1	2	
	SIM	NÃO																						
a) Relógio de pulso?	1	2																						
b) Bicicleta?	1	2																						
c) Motorizada?	1	2																						
d) Carroça de tração animal?	1	2																						
e) Carro ou camião?	1	2																						
f) Barco a motor?	1	2																						
118	Algum membro deste agregado familiar possui terra?	SIM 1 NÃO 2	→ 120																					

Nº.	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DE CATEGORIAS	PASSE A
119	Quantos hectares de terra possuem os membros deste agregado familiar? SE 95 OU MAIS, MARQUE '9500'	HECTARES <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 95 OU MAIS HECTARES 9500 NÃO SABE 9998	
120	Este agregado familiar possui alguns animais como gado ou aves?	SIM 1 NÃO 2	→ 122
121	Quantos destes animais são pertença deste agregado familiar? SE NENHUM, ESCRIVA '00'. SE 95 OU MAIS, ESCRIVA '95'. SE NÃO CONHECEM, ESCRIVA '98'. a) Vacas/bois? b) Cavalos, burros? c) Cabritos? d) Ovelha/carneiro? e) Porcos? f) Galinhas / Patos?	a) VACAS/BOIS <input type="text"/> <input type="text"/> b) CAVALOS/BURROS <input type="text"/> <input type="text"/> c) CABRITOS <input type="text"/> <input type="text"/> d) OVELHA/CARNEIRO <input type="text"/> <input type="text"/> e) PORCOS <input type="text"/> <input type="text"/> f) GALINHAS / PATOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
122	Algum membro deste agregado familiar tem conta bancária?	SIM 1 NÃO 2	
123	Durante os últimos 12 meses, alguém veio à sua casa pulverizar as paredes interiores contra mosquitos?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	→ 125
124	Quem pulverizou a casa? MARQUE TODAS AS RESPOSTAS.	TRABALHADOR DE SAÚDE / ESTADO A EMPRESA PRIVADA B ORG. NÃO GOVERNAMENTAL (ONG) C OUTRO X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Y	
125	O seu agregado possui redes mosquiteiras que podem ser usadas quando estiverem a dormir?	SIM 1 NÃO 2	→ 201
126	Quantas redes mosquiteiras possui o seu agregado? SE 9 OU MAIS REDES, ESCRIVA '9'.	NÚMERO DE REDES <input type="text"/>	

		REDE #1	REDE #2	REDE #3
127	PEÇA AO INQUIRIDO PARA TE MOSTRAR AS REDES MOSQUITEIRAS. SE FOREM MAIS DE 9, USE UM QUESTIONÁRIOS ADICIONAL.	OBSERVADA, COM FUROS 1 OBSERVADA, SEM FUROS 2 NÃO OBSERVADO ... 3	OBSERVADA, COM FUROS 1 OBSERVADA, SEM FUROS 2 NÃO OBSERVADO ... 3	OBSERVADA, COM FUROS 1 OBSERVADA, SEM FUROS 2 NÃO OBSERVADO ... 3
128	Há quantos meses o seu agregado obteve esta (1ª, 2ª, 3ª...) rede mosquiteira? SE FOR MENOS DE UM MÊS ATRÁS, ESCREVA '00'.	MESES ATRÁS <input type="text"/> MAIS DE 36 MESES ATRÁS95 NÃO TEM CERTEZA 98	MESES ATRÁS <input type="text"/> MAIS DE 36 MESES ATRÁS95 NÃO TEM CERTEZA 98	MESES ATRÁS <input type="text"/> MAIS DE 36 MESES ATRÁS95 NÃO TEM CERTEZA 98
129	OBSERVE OU PERGUNTE O TIPO DE REDE MOSQUITEIRA. SE O TIPO DE REDE NÃO É CONHECIDO E NÃO PODE VER, MOSTRE O CATÁLOGO DOS DIFERENTES TIPOS/MARCAS DE REDE.	TRATADA COM INSECTICIDA DE LONGA DURAÇÃO PERMANET 1 NET PROTECT 2 OLYSET 3 OUTRO TRATADO ... 4 (PASSE A 133) ← OUTRO 6 NÃO CONHECE TIPO/ NÃO SABE 8	TRATADA COM INSECTICIDA DE LONGA DURAÇÃO PERMANET 1 NET PROTECT 2 OLYSET 3 OUTRO TRATADO ... 4 (PASSE A 133) ← OUTRO 6 NÃO CONHECE TIPO/ NÃO SABE 8	TRATADA COM INSECTICIDA DE LONGA DURAÇÃO PERMANET 1 NET PROTECT 2 OLYSET 3 OUTRO TRATADO ... 4 (PASSE A 133) ← OUTRO 6 NÃO CONHECE TIPO/ NÃO SABE 8
130	Quando obteve a rede tinha sido tratada para repelir ou matar mosquitos?	SIM 1 NÃO 2 NÃO TEM CERTEZA 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO TEM CERTEZA 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO TEM CERTEZA 8
131	Desde que obteve a rede, aplicou ou mergulhou em algum líquido para repelir ou matar mosquitos?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 133) ← NÃO TEM CERTEZA 8	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 133) ← NÃO TEM CERTEZA 8	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 133) ← NÃO TEM CERTEZA 8
132	A quantos meses a rede foi tratada? SE MENOS DE UM MÊS, ESCREVA '00'.	MESES ATRÁS <input type="text"/> MAIS DE 24 MESES ATRÁS ... 95 NÃO TEM CERTEZA 98	MESES ATRÁS <input type="text"/> MAIS DE 24 MESES ATRÁS ... 95 NÃO TEM CERTEZA 98	MESES ATRÁS <input type="text"/> MAIS DE 24 MESES ATRÁS ... 95 NÃO TEM CERTEZA 98
133	Alguém dormiu dentro da rede mosquiteira na última noite?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 135) ← NÃO TEM CERTEZA 8	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 135) ← NÃO TEM CERTEZA 8	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 135) ← NÃO TEM CERTEZA 8
134	Quem dormiu dentro da rede mosquiteira na última noite? ESCREVA O NOME DA PESSOA E O NÚMERO DA ORDEM DOS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR	NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/> ----- NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/> ----- NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/> ----- NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/>	NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/> ----- NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/> ----- NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/> ----- NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/>	NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/> ----- NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/> ----- NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/> ----- NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/>
135		VOLTE A 127 PARA A SEGUINTE REDE; OU SE NÃO TIVER MAIS, PASSE A 201.	VOLTE A 127 PARA A SEGUINTE REDE; OU SE NÃO TIVER MAIS, PASSE A 201.	VOLTE A 127 NA 1ª COLUNA DA PROXIMA PAGINA; OU SE NÃO TIVER MAIS, PASSE A 201.

		REDE #4	REDE #5	REDE #6
127	PEÇA AO INQUIRIDO PARA TE MOSTRAR AS REDES MOSQUITEIRAS. SE FOREM MAIS DE 9, USE UM QUESTIONÁRIOS ADICIONAL.	OBSERVADA, COM FUROS 1 OBSERVADA, SEM FUROS 2 NÃO OBSERVADO ... 3	OBSERVADA, COM FUROS 1 OBSERVADA, SEM FUROS 2 NÃO OBSERVADO ... 3	OBSERVADA, COM FUROS 1 OBSERVADA, SEM FUROS 2 NÃO OBSERVADO ... 3
128	Há quantos meses o seu agregado obteve esta (1ª, 2ª, 3ª...) rede mosquiteira? SE FOR MENOS DE UM MÊS ATRÁS, ESCREVA '00'.	MESES ATRÁS <input type="text"/> MAIS DE 36 MESES ATRÁS95 NÃO TEM CERTEZA 98	MESES ATRÁS <input type="text"/> MAIS DE 36 MESES ATRÁS95 NÃO TEM CERTEZA 98	MESES ATRÁS <input type="text"/> MAIS DE 36 MESES ATRÁS95 NÃO TEM CERTEZA 98
129	OBSERVE OU PERGUNTE O TIPO DE REDE MOSQUITEIRA. SE O TIPO DE REDE NÃO É CONHECIDO E NÃO PODE VER, MOSTRE O CATÁLOGO DOS DIFERENTES TIPOS/MARCAS DE REDE.	TRATADA COM INSECTICIDA DE LONGA DURAÇÃO PERMANET 1 NET PROTECT 2 OLYSET 3 OUTRO TRATADO ... 4 (PASSE A 133) ← OUTRO 6 NÃO CONHECE TIPO/ NÃO SABE 8	TRATADA COM INSECTICIDA DE LONGA DURAÇÃO PERMANET 1 NET PROTECT 2 OLYSET 3 OUTRO TRATADO ... 4 (PASSE A 133) ← OUTRO 6 NÃO CONHECE TIPO/ NÃO SABE 8	TRATADA COM INSECTICIDA DE LONGA DURAÇÃO PERMANET 1 NET PROTECT 2 OLYSET 3 OUTRO TRATADO ... 4 (PASSE A 133) ← OUTRO 6 NÃO CONHECE TIPO/ NÃO SABE 8
130	Quando obteve a rede tinha sido tratada para repelir ou matar mosquitos?	SIM 1 NÃO 2 NÃO TEM CERTEZA 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO TEM CERTEZA 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO TEM CERTEZA 8
131	Desde que obteve a rede, aplicou ou mergulhou em algum líquido para repelir ou matar mosquitos?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 133) ← NÃO TEM CERTEZA 8	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 133) ← NÃO TEM CERTEZA 8	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 133) ← NÃO TEM CERTEZA 8
132	A quantos meses a rede foi tratada? SE MENOS DE UM MÊS, ESCREVA '00'.	MESES ATRÁS <input type="text"/> MAIS DE 24 MESES ATRÁS ... 95 NÃO TEM CERTEZA 98	MESES ATRÁS <input type="text"/> MAIS DE 24 MESES ATRÁS ... 95 NÃO TEM CERTEZA 98	MESES ATRÁS <input type="text"/> MAIS DE 24 MESES ATRÁS ... 95 NÃO TEM CERTEZA 98
133	Alguém dormiu dentro da rede mosquiteira na última noite?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 135) ← NÃO TEM CERTEZA 8	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 135) ← NÃO TEM CERTEZA 8	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 135) ← NÃO TEM CERTEZA 8
134	Quem dormiu dentro da rede mosquiteira na última noite? ESCREVA O NOME DA PESSOA E O NÚMERO DA ORDEM DOS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR	NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/> ----- NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/> ----- NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/> ----- NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/>	NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/> ----- NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/> ----- NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/> ----- NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/>	NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/> ----- NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/> ----- NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/> ----- NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/>
135		VOLTE A 127 PARA A SEGUINTE REDE; OU SE NÃO TIVER MAIS, PASSE A 201.	VOLTE A 127 PARA A SEGUINTE REDE; OU SE NÃO TIVER MAIS, PASSE A 201.	VOLTE A 127 NA 1ª COLUNA DA PROXIMA PAGINA; OU SE NÃO TIVER MAIS, PASSE A 201.

		REDE #7	REDE #8	REDE #9
127	PEÇA AO INQUIRIDO PARA TE MOSTRAR AS REDES MOSQUITEIRAS. SE FOREM MAIS DE 9, USE UM QUESTIONÁRIOS ADICIONAL.	OBSERVADA, COM FUROS 1 OBSERVADA, SEM FUROS 2 NÃO OBSERVADO ... 3	OBSERVADA, COM FUROS 1 OBSERVADA, SEM FUROS 2 NÃO OBSERVADO ... 3	OBSERVADA, COM FUROS 1 OBSERVADA, SEM FUROS 2 NÃO OBSERVADO ... 3
128	Há quantos meses o seu agregado obteve esta (1ª, 2ª, 3ª...) rede mosquiteira? SE FOR MENOS DE UM MÊS ATRÁS, ESCREVA '00'.	MESES ATRÁS <input type="text"/> MAIS DE 36 MESES ATRÁS95 NÃO TEM CERTEZA 98	MESES ATRÁS <input type="text"/> MAIS DE 36 MESES ATRÁS95 NÃO TEM CERTEZA 98	MESES ATRÁS <input type="text"/> MAIS DE 36 MESES ATRÁS95 NÃO TEM CERTEZA 98
129	OBSERVE OU PERGUNTE O TIPO DE REDE MOSQUITEIRA. SE O TIPO DE REDE NÃO É CONHECIDO E NÃO PODE VER, MOSTRE O CATÁLOGO DOS DIFERENTES TIPOS/MARCAS DE REDE.	TRATADA COM INSECTICIDA DE LONGA DURAÇÃO PERMANET 1 NET PROTECT 2 OLYSET 3 OUTRO TRATADO ... 4 (PASSE A 133) ← OUTRO 6 NÃO CONHECE TIPO/ NÃO SABE 8	TRATADA COM INSECTICIDA DE LONGA DURAÇÃO PERMANET 1 NET PROTECT 2 OLYSET 3 OUTRO TRATADO ... 4 (PASSE A 133) ← OUTRO 6 NÃO CONHECE TIPO/ NÃO SABE 8	TRATADA COM INSECTICIDA DE LONGA DURAÇÃO PERMANET 1 NET PROTECT 2 OLYSET 3 OUTRO TRATADO ... 4 (PASSE A 133) ← OUTRO 6 NÃO CONHECE TIPO/ NÃO SABE 8
130	Quando obteve a rede tinha sido tratada para repelir ou matar mosquitos?	SIM 1 NÃO 2 NÃO TEM CERTEZA 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO TEM CERTEZA 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO TEM CERTEZA 8
131	Desde que obteve a rede, aplicou ou mergulhou em algum líquido para repelir ou matar mosquitos?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 133) ← NÃO TEM CERTEZA 8	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 133) ← NÃO TEM CERTEZA 8	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 133) ← NÃO TEM CERTEZA 8
132	A quantos meses a rede foi tratada? SE MENOS DE UM MÊS, ESCREVA '00'.	MESES ATRÁS <input type="text"/> MAIS DE 24 MESES ATRÁS ... 95 NÃO TEM CERTEZA 98	MESES ATRÁS <input type="text"/> MAIS DE 24 MESES ATRÁS ... 95 NÃO TEM CERTEZA 98	MESES ATRÁS <input type="text"/> MAIS DE 24 MESES ATRÁS ... 95 NÃO TEM CERTEZA 98
133	Alguém dormiu dentro da rede mosquiteira na última noite?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 135) ← NÃO TEM CERTEZA 8	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 135) ← NÃO TEM CERTEZA 8	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 135) ← NÃO TEM CERTEZA 8
134	Quem dormiu dentro da rede mosquiteira na última noite? ESCREVA O NOME DA PESSOA E O NÚMERO DA ORDEM DOS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR	NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/> ----- NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/> ----- NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/> ----- NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/>	NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/> ----- NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/> ----- NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/> ----- NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/>	NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/> ----- NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/> ----- NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/> ----- NOME Nº DE ORDEM <input type="text"/>
135		VOLTE A 127 PARA A SEGUINTE REDE; OU SE NÃO TIVER MAIS, PASSE A 201.	VOLTE A 127 PARA A SEGUINTE REDE; OU SE NÃO TIVER MAIS, PASSE A 201.	PASSE A 201.

TESTAGEM DE HEMOGLOBINA, MALÁRIA E ANTICORPOS DAS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS

201	CONFIRA A COLUNA 11 DA LISTA DOS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR. ESCREVA NA PERGUNTA 202 O NÚMERO DE ORDEM E O NOME DE TODAS AS CRIANÇAS ELEGÍVEIS DE 0-5 ANOS. SE TIVER MAIS DE SEIS CRIANÇAS, USE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL.			
		CRIANÇA 1	CRIANÇA 2	CRIANÇA 3
202	NÚMERO DE ORDEM DA COLUNA 11 NOME NA COLUNA 2	Nº DE ORDEM NOME	Nº DE ORDEM NOME	Nº DE ORDEM NOME
203	Qual é a data de nascimento de (NOME)?	DIA MÊS ANO	DIA MÊS ANO	DIA MÊS ANO
204	CONFIRA 203: CRIANÇA NASCIDA EM JANEIRO DE 2010 OU DEPOIS?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 203 DA SEGUINTE CRIANÇA, OU SE NÃO TIVER MAIS, ENTREGUE AO TÉCNICO DE SAÚDE)	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 203 DA SEGUINTE CRIANÇA, OU SE NÃO TIVER MAIS, ENTREGUE AO TÉCNICO DE SAÚDE)	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 203 DA SEGUINTE CRIANÇA, OU SE NÃO TIVER MAIS, ENTREGUE AO TÉCNICO DE SAÚDE)
205	CONFIRA 203 E A TABELA DE CONVERSÃO DE IDADES: MARQUE O CÓDIGO CORRESPONDENTE À IDADE ACTUAL DA CRIANÇA EM MESES	0 - 5 MESES 1 6 - 17 MESES 2 18 - 23 MESES 3 24 - 59 MESES 4 60 MESES OU MAIS 5 (PASSE A 203 DA SEGUINTE CRIANÇA, OU SE NÃO TIVER MAIS, ENTREGUE AO TÉCNICO DE SAÚDE)	0 - 5 MESES 1 6 - 17 MESES 2 18 - 23 MESES 3 24 - 59 MESES 4 60 MESES OU MAIS 5 (PASSE A 203 DA SEGUINTE CRIANÇA, OU SE NÃO TIVER MAIS, ENTREGUE AO TÉCNICO DE SAÚDE)	0 - 5 MESES 1 6 - 17 MESES 2 18 - 23 MESES 3 24 - 59 MESES 4 60 MESES OU MAIS 5 (PASSE A 203 DA SEGUINTE CRIANÇA, OU SE NÃO TIVER MAIS, ENTREGUE AO TÉCNICO DE SAÚDE)
205A	INQUIRIDOR(A): COMPLETE AS PERGUNTAS 202 A 205 PARA TODAS AS CRIANÇAS. SE HOUVER CRIANÇAS COM CÓDIGOS 2, 3 OU 4 NA PERGUNTA 205, PASSE O QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR AO CONTROLADOR OU AO TÉCNICO DE SAÚDE / CONSELHEIRO DE VOSSA EQUIPA.			

TESTAGEM DE HEMOGLOBINA, MALÁRIA E ANTICORPOS DAS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS

201	CONFIRA A COLUNA 11 DA LISTA DOS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR. ESCREVA NA PERGUNTA 202 O NÚMERO DE ORDEM E O NOME DE TODAS AS CRIANÇAS ELEGÍVEIS DE 0-5 ANOS. SE TIVER MAIS DE SEIS CRIANÇAS, USE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL.			
		CRIANÇA 4	CRIANÇA 5	CRIANÇA 6
202	NÚMERO DE ORDEM DA COLUNA 11 NOME NA COLUNA 2	Nº DE ORDEM NOME	Nº DE ORDEM NOME	Nº DE ORDEM NOME
203	Qual é a data de nascimento de (NOME)?	DIA MÊS ANO	DIA MÊS ANO	DIA MÊS ANO
204	CONFIRA 203: CRIANÇA NASCIDA EM JANEIRO DE 2010 OU DEPOIS?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 203 DA SEGUINTE CRIANÇA, OU SE NÃO TIVER MAIS, ENTREGUE AO TÉCNICO DE SAÚDE)	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 203 DA SEGUINTE CRIANÇA, OU SE NÃO TIVER MAIS, ENTREGUE AO TÉCNICO DE SAÚDE)	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 203 DA SEGUINTE CRIANÇA, OU SE NÃO TIVER MAIS, ENTREGUE AO TÉCNICO DE SAÚDE)
205	CONFIRA 203 E A TABELA DE CONVERSÃO DE IDADES: MARQUE O CÓDIGO CORRESPONDENTE À IDADE ACTUAL DA CRIANÇA EM MESES	0 - 5 MESES 1 6 - 17 MESES 2 18 - 23 MESES 3 24 - 59 MESES 4 60 MESES OU MAIS 5 (PASSE A 203 DA SEGUINTE CRIANÇA, OU SE NÃO TIVER MAIS, ENTREGUE AO TÉCNICO DE SAÚDE)	0 - 5 MESES 1 6 - 17 MESES 2 18 - 23 MESES 3 24 - 59 MESES 4 60 MESES OU MAIS 5 (PASSE A 203 DA SEGUINTE CRIANÇA, OU SE NÃO TIVER MAIS, ENTREGUE AO TÉCNICO DE SAÚDE)	0 - 5 MESES 1 6 - 17 MESES 2 18 - 23 MESES 3 24 - 59 MESES 4 60 MESES OU MAIS 5 (PASSE A 203 DA SEGUINTE CRIANÇA, OU SE NÃO TIVER MAIS, ENTREGUE AO TÉCNICO DE SAÚDE)
205A	INQUIRIDOR(A): COMPLETE AS PERGUNTAS 202 A 205 PARA TODAS AS CRIANÇAS. SE HOUVER CRIANÇAS COM CÓDIGOS 2, 3 OU 4 NA PERGUNTA 205, PASSE O QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR AO CONTROLADOR OU AO TÉCNICO DE SAÚDE / CONSELHEIRO DE VOSSA EQUIPA.			

TESTAGEM DE HEMOGLOBINA, MALÁRIA E ANTICORPOS DAS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS




205B	TÉCNICO DE SAÚDE / CONSELHEIRO: CONFIRA A PERGUNTA 205 E COMPLETE AS PERGUNTAS 206 A 227 <u>SÓ PARA AS CRIANÇAS COM CÓDIGOS 2, 3 OU 4 NA PERGUNTA 205.</u>			
		CRIANÇA 1	CRIANÇA 2	CRIANÇA 3
206	PERGUNTE QUEM É O ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA E ESREVA O NOME E O NÚMERO DE ORDEM. SE A PESSOA NÃO É MEMBRO DO AGREGADO, ESCREVA '00'	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> NOME DA PESSOA _____ RESPONSÁVEL	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> NOME DA PESSOA _____ RESPONSÁVEL	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> NOME DA PESSOA _____ RESPONSÁVEL
207	PEDIDO DE CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE ANEMIA (CRIANÇAS DE 6 - 59 MESES) Como parte deste inquérito, estamos a pedir aos participantes, em todo o país, para fazerem teste de anemia. A anemia é um problema de saúde grave que geralmente resulta da má nutrição, infecção ou doença crónica. O teste de anemia está sendo feito para conhecermos a gravidade do problema em crianças de Moçambique. Este inquérito vai apoiar o governo de Moçambique para desenvolver e implementar programas de prevenção e tratamento da anemia. Para o teste de anemia a(o) (NOME DA CRIANÇA), irei fazer uma picada no dedo ou no calcanhar dela(e) usando uma lanceta. Uma pequena quantidade de sangue (500ul) seria colhida por mim, técnico de saúde, e irá durar 5 a 10 minutos. Este material a ser usado para a colheita de sangue é limpo e completamente seguro, nunca foi usado antes e será deitado fora depois de uso. Usarei um aparelho (HEMOCUE) aprovado pelo Ministério da Saúde e que tem sido usado nos hospitais e o resultado sai em 5 minutos. O resultado será estritamente confidencial, isto é, não será partilhado com mais ninguém fora da equipa do inquérito. Para as crianças que apresentarem-se com anemia irei dar uma guia para levar ao hospital (DIZER O NOME DA UNIDADE SANITÁRIA) mais próxima daqui da sua casa. No hospital o(a) (NOME DA CRIANÇA) será assistido(a) pelos técnicos de saúde conforme recomenda o Ministério da Saúde. Você tem alguma pergunta? Você pode dizer sim se aceita que eu faça o teste de anemia a/o (NOME DA CRIANÇA), ou se não aceita pode dizer não. Você é livre de decidir.			
		CRIANÇA 1	CRIANÇA 2	CRIANÇA 3
	PEÇA AO PAI, MÃE OU ADULTO IDENTIFICADO EM 206 COMO O RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA POR CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE <u>ANEMIA</u> . MARQUE O RESULTADO DO PEDIDO.	ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 1 NÃO ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) 2 FAÇA O TESTE ↓ 227 _____ (ASSINATURA) IMPRESSÃO DIGITAL: <input type="text"/> AUSENTE 3 OUTRO 6 _____ (ASSINATURA DO TÉCNICO/CONSELHEIRO) _____ DATA	ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 1 NÃO ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) 2 FAÇA O TESTE ↓ 227 _____ (ASSINATURA) IMPRESSÃO DIGITAL: <input type="text"/> AUSENTE 3 OUTRO 6 _____ (ASSINATURA DO TÉCNICO/CONSELHEIRO) _____ DATA	ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 1 NÃO ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) 2 FAÇA O TESTE ↓ 227 _____ (ASSINATURA) IMPRESSÃO DIGITAL: <input type="text"/> AUSENTE 3 OUTRO 6 _____ (ASSINATURA DO TÉCNICO/CONSELHEIRO) _____ DATA

PEDIDO DE CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE MALÁRIA (CRIANÇAS DE 6 - 59 MESES)

Como parte deste inquérito, estamos a pedir aos participantes, em todo o país, para fazerem teste de malária. A malária é uma doença grave causada por um parasita transmitido por picada de mosquitos. O teste de malária está sendo feito para conhecermos a gravidade do problema em crianças de Moçambique. Este inquérito vai apoiar o governo de Moçambique para desenvolver programas de prevenção e tratamento de Malária. Para o teste de malária a(o) (NOME DA CRIANÇA), irei usar o sangue que aceitou colher-mos antes no calcanhar dela(e) usando um teste rápido aprovado pelo Ministério da Saúde e que tem sido usado nos hospitais e o resultado sai em 15 minutos. O resultado será estritamente confidencial, isto é, não será partilhado com mais ninguém fora da equipa do inquérito. Se a sua criança tiver malária não grave, poderá receber tratamento aqui em casa agora com os mesmos comprimidos que são dado no hospital (Coartem). Se a sua criança apresentar-se com malária grave irei dar-lhe uma guia para levar ao hospital (DIZER O NOME DA UNIDADE SANITÁRIA) mais próxima daqui da sua casa. No hospital a(o) (NOME DA CRIANÇA) será assistida pelos técnicos de saúde conforme recomenda o Ministério da Saúde

Você tem alguma pergunta?

Você pode dizer sim se aceita que eu faça o teste de malária a/o (NOME DA CRIANÇA), ou se não aceita pode dizer não. Você é livre de decidir.




	CRIANÇA 1	CRIANÇA 2	CRIANÇA 3
PEÇA AO PAI, MÃE OU ADULTO IDENTIFICADO EM 206 COMO O RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA POR CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE MALÁRIA . MARQUE O RESULTADO DO PEDIDO.	ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 1 NÃO ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 2 _____ (ASSINATURA) IMPRESSÃO DIGITAL:  AUSENTE 3 OUTRO 6 _____ (ASSINATURA DO TÉCNICO/CONSELHEIRO) _____ DATA	ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 1 NÃO ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 2 _____ (ASSINATURA) IMPRESSÃO DIGITAL:  AUSENTE 3 OUTRO 6 _____ (ASSINATURA DO TÉCNICO/CONSELHEIRO) _____ DATA	ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 1 NÃO ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 2 _____ (ASSINATURA) IMPRESSÃO DIGITAL:  AUSENTE 3 OUTRO 6 _____ (ASSINATURA DO TÉCNICO/CONSELHEIRO) _____ DATA




PEDIDO DE CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE ANTICORPOS (CRIANÇAS DE 6 - 59 MESES)

Como parte deste inquérito, solicitamos aos participantes em todo o país para darem amostras de sangue para avaliação da eficácia de vacinação contra Hepatite B e Tétano em crianças menores de 5 anos. Estas doenças são um problema grave de saúde pública em Moçambique. Também poderíamos fazer testes no futuro para outras doenças importantes como diarreias, sangue na urina (bilharzioses), dores de barriga devido a lombrigas, e outras. Será utilizado o sangue do (a) (NOME DA CRIANÇA) que aceitou dar antes para fazer as amostras. As amostras de sangue seco serão enviadas para Maputo. As amostras não terão nome, nem outros dados que possam identificar a criança. Somente será usado um código para identificação no laboratório e os resultados serão utilizados somente para fins de vigilância epidemiológica.

Você tem alguma pergunta?

Você pode dizer sim se aceita que amostra de (NOME DA CRIANÇA) seja enviada no Maputo para a testagem de anticorpos contra Hepatite B e Tétano e outras doenças, ou se não aceita pode dizer não. Você é livre de decidir.

	CRIANÇA 1	CRIANÇA 2	CRIANÇA 3
PEÇA AO PAI, MÃE OU ADULTO IDENTIFICADO EM 206 COMO O RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA POR CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE ANTICORPOS . MARQUE O RESULTADO DO PEDIDO.	ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 1 NÃO ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 2 _____ (ASSINATURA) IMPRESSÃO DIGITAL:  AUSENTE 3 OUTRO 6 _____ (ASSINATURA DO TÉCNICO/CONSELHEIRO) _____ DATA	ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 1 NÃO ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 2 _____ (ASSINATURA) IMPRESSÃO DIGITAL:  AUSENTE 3 OUTRO 6 _____ (ASSINATURA DO TÉCNICO/CONSELHEIRO) _____ DATA	ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 1 NÃO ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 2 _____ (ASSINATURA) IMPRESSÃO DIGITAL:  AUSENTE 3 OUTRO 6 _____ (ASSINATURA DO TÉCNICO/CONSELHEIRO) _____ DATA

		CRIANÇA 1	CRIANÇA 2	CRIANÇA 3
210	CONFIRA 205:	6-17 MESES 1 18 - 23 MESES 2 24-59 MESES 3 (PASSE A 211A) ←	6-17 MESES 1 18 - 23 MESES 2 24-59 MESES 3 (PASSE A 211A) ←	6-17 MESES 1 18 - 23 MESES 2 24-59 MESES 3 (PASSE A 211A) ←
211	PEDIDO DE CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE HIV (CRIANÇAS DE 6 - 23 MESES) <p>Como parte deste inquérito, estamos a pedir aos participantes, em todo o país, para a realização de testes de HIV no Maputo. O HIV é o vírus que causa SIDA, doença muito séria. O teste do HIV está sendo feito para conhecermos a gravidade do problema do SIDA em Moçambique mas também para ajudar o governo a saber a gravidade actual da doença e planificar melhor as actividades de prevenção e tratamento para os próximos anos. Será utilizado o sangue do (a) (NOME DA CRIANÇA) que aceitou dar antes. As amostras de sangue seco serão enviadas para Maputo. Vou entregar-lhe uma ficha que contem um código da amostra e o nome da unidade sanitária mais próxima onde deve ir buscar o resultado do teste. Vou lhe informar depois de quanto tempo poderá ir buscar o resultado do teste. Só através pode ter acesso ao resultado deste teste através do código da amostra. Será dado o aconselhamento sobre o resultado do teste na unidade sanitária.</p> <p>Você tem alguma pergunta?</p> <p>Você pode dizer sim se aceita que amostra do/a (NOME DA CRIANÇA) seja feita os testes de HIV em Maputo, ou se não aceita pode dizer não. Você é livre de decidir.</p>			
		CRIANÇA 1 ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 1 NÃO ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 2 _____ (ASSINATURA) IMPRESSÃO DIGITAL:  AUSENTE 3 OUTRO 6 _____ (ASSINATURA DO TÉCNICO/CONSELHEIRO) _____ DATA	CRIANÇA 2 ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 1 NÃO ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 2 _____ (ASSINATURA) IMPRESSÃO DIGITAL:  AUSENTE 3 OUTRO 6 _____ (ASSINATURA DO TÉCNICO/CONSELHEIRO) _____ DATA	CRIANÇA 3 ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 1 NÃO ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 2 _____ (ASSINATURA) IMPRESSÃO DIGITAL:  AUSENTE 3 OUTRO 6 _____ (ASSINATURA DO TÉCNICO/CONSELHEIRO) _____ DATA

211A	SE A CRIANÇA TEM CONSENTIMENTO DOS PAIS, PREPARE OS MATERIAIS PARA FAZER OS TESTES E CONTINUE COM A AMOSTRAGEM E TESTAGEM. SE NAO DERAM CONSENTIMENTO PARA NENHUMA CRIANÇA, PASSE A 227.			
		CRIANÇA 1	CRIANÇA 2	CRIANÇA 3
212	ETIQUETA DE CÓDIGO DE BARRAS PARA CADA CRIANÇA, COLE A: - 1ª ETIQUETA NO QUESTIONÁRIO - 2ª NO MINI-COLLECTOR, - 3ª NO TDR DE MALÁRIA, - 4ª NO PAPEL DE FILTRO (DBS) - 5ª NA FOLHA DE TRANSMISSÃO DE AMOSTRAS - 6ª NA FICHA DE RECOLHA DE RESULTADO HIV	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">ETIQUETA DE CÓDIGO DE BARRAS</div> AUSENTE 99994 RECUSOU (DBS) 99995 OUTRO 99996	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">ETIQUETA DE CÓDIGO DE BARRAS</div> AUSENTE 99994 RECUSOU (DBS) 99995 OUTRO 99996	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">ETIQUETA DE CÓDIGO DE BARRAS</div> AUSENTE 99994 RECUSOU (DBS) 99995 OUTRO 99996
213	CONFIRA 205: COLOQUE O ADESIVO NO PAPEL FILTRO CONFORME A IDADE.	6 A 17 MESES = VERMELHO 18 A 23 MESES = AZUL	6 A 17 MESES = VERMELHO 18 A 23 MESES = AZUL	6 A 17 MESES = VERMELHO 18 A 23 MESES = AZUL
214	ESCREVA O NÍVEL DE <u>HEMOGLOBINA</u> DO HEMOCUE	G/DL <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> AUSENTE 994 RECUSOU 995 OUTRO 996	G/DL <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> AUSENTE 994 RECUSOU 995 OUTRO 996	G/DL <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> AUSENTE 994 RECUSOU 995 OUTRO 996
215	MARQUE O CODIGO DO RESULTADO DA TESTAGEM DE <u>MALARIA</u>	TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 217) ←	TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 217) ←	TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 217) ←
216	RESULTADO DO TESTE DE MALÁRIA	P.F. 1 P.V. 2 AMBOS 3 (PASSE A 219) ← NEGATIVO 4 OUTRO 6	P.F. 1 P.V. 2 AMBOS 3 (PASSE A 219) ← NEGATIVO 4 OUTRO 6	P.F. 1 P.V. 2 AMBOS 3 (PASSE A 219) ← NEGATIVO 4 OUTRO 6
217	CONFIRA 214: RESULTADO DO TESTE DE HEMOGLOBINA	MENOS DE 8.0 G/DL ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIS ... 2 AUSENTE 4 RECUSOU 5 OUTRO 6 (PASSE A 227) ←	MENOS DE 8.0 G/DL ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIS ... 2 AUSENTE 4 RECUSOU 5 OUTRO 6 (PASSE A 227) ←	MENOS DE 8.0 G/DL ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIS ... 2 AUSENTE 4 RECUSOU 5 OUTRO 6 (PASSE A 227) ←
218	ENCAMINHAMENTO MÉDICO PARA TRATAMENTO DA <u>ANEMIA</u>	A testagem para anemia mostra que (NOME) sofre de anemia severa. A sua criança está muito doente e precisa de atenção médica para tratamento da anemia o mais rápido possível. (PASSE A 227)		
219	(NOME) sofre de alguns destes sintomas? a) Muita debilidade? b) Problemas do coração? c) Perda de consciência / desmaios? d) Respiração rápida? e) Ataques de epilepsia? f) Sangramento anormal? g) Olhos amarelados? h) Urina escura? SE NENHUM DESTES SINTOMAS, MARQUE O CÓDIGO "Y"	DEBILIDADE A CORAÇÃO B DESMAIOS C RESP. RÁPIDA D EPILEPSIA E SANGRAMENTO F OLHOS AMARELADOS ... G URINA ESCURA H NENHUM SINTOMAS Y	DEBILIDADE A CORAÇÃO B DESMAIOS C RESP. RÁPIDA D EPILEPSIA E SANGRAMENTO F OLHOS AMARELADOS ... G URINA ESCURA H NENHUM SINTOMAS Y	DEBILIDADE A CORAÇÃO B DESMAIOS C RESP. RÁPIDA D EPILEPSIA E SANGRAMENTO F OLHOS AMARELADOS ... G URINA ESCURA H NENHUM SINTOMAS Y
220	CONFIRA 219: ALGUM CÓDIGO DE A - H MARCADO?	CÓDIGO "Y" MARCADO 1 PELO MENOS UM CODIGO DE A - H MARCADO 2 (PASSE A 223) ←	CÓDIGO "Y" MARCADO 1 PELO MENOS UM CODIGO DE A - H MARCADO 2 (PASSE A 223) ←	CÓDIGO "Y" MARCADO 1 PELO MENOS UM CODIGO DE A - H MARCADO 2 (PASSE A 223) ←

		CRIANÇA 1	CRIANÇA 2	CRIANÇA 3
221	CONFIRA 214: RESULTADO DO TESTE DE HEMOGLOBINA	MENOS DE 8.0 G/DL ANEMIA SEVERA 1 (PASSE A 223) ← 8.0 G/DL OU MAIS 2 AUSENTE 4 RECUSOU 5 OUTRO 6	MENOS DE 8.0 G/DL ANEMIA SEVERA 1 (PASSE A 223) ← 8.0 G/DL OU MAIS 2 AUSENTE 4 RECUSOU 5 OUTRO 6	MENOS DE 8.0 G/DL ANEMIA SEVERA 1 (PASSE A 223) ← 8.0 G/DL OU MAIS 2 AUSENTE 4 RECUSOU 5 OUTRO 6
222	Presentemente ou alguma vez nas últimas duas semanas (NOME) tomou algum medicamento antimalárico com base em artemisinina (TCA) dado por pessoal médico?	SIM 1 (PASSE A 224) ← NÃO 2 (PASSE A 225) ← NÃO SABE 8	SIM 1 (PASSE A 224) ← NÃO 2 (PASSE A 225) ← NÃO SABE 8	SIM 1 (PASSE A 224) ← NÃO 2 (PASSE A 225) ← NÃO SABE 8
223	ENCAMINHAMENTO MÉDICO PARA TRATAMENTO DE MALÁRIA GRAVE	O teste que fizemos mostra que (NOME) tem malária. Ele (ela) também tem sintomas de malária grave. Os medicamentos que nos temos disponíveis não ajudariam à criança e por isso não posso oferecer esses medicamentos. A sua criança está muito doente e ela deveria ser levada quanto antes a uma unidade sanitária. (PASSE A 226 E MARQUE O CÓDIGO 3)		
224	ACONSELHAMENTO MÉDICO PARA CRIANÇAS QUE JÁ TOMARAM OU JÁ ESTÃO A TOMAR TCA .	A senhora falou que (NOME) já tomou antimalárico com base em artemisinina e por isso não posso oferecer mais medicamentos. Contudo, se a criança continua com febre dois ou mais dias depois de ter tomado esse medicamento, você deveria leva-la a um profissional de saúde para ser examinada e para receber tratamento. (PASSE A 226 E MARQUE O CÓDIGO 4)		
225	LEIA A INFORMAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO DE MALÁRIA E PEÇA CONSENTIMENTO AO PAI, A MÃE OU OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA. PERGUNTE SOBRE QUALQUER TRATAMENTO ANTIMALÁRICO QUE A CRIANÇA JÁ RECEBEU. TCA = TERAPIA DE COMBINAÇÃO À BASE DE ARTEMISININA	ACEITOU MEDICAMENTO 1 _____ (ASSINATURA) ← RECUSOU 2 OUTRO 6	ACEITOU MEDICAMENTO 1 _____ (ASSINATURA) ← RECUSOU 2 OUTRO 6	ACEITOU MEDICAMENTO 1 _____ (ASSINATURA) ← RECUSOU 2 OUTRO 6
226	MARQUE O CÓDIGO COM O RESULTADO DO TRATAMENTO / ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO DA MALÁRIA	MEDICAMENTO FOI DADO 1 MEDICAMENTO FOI RECUSADO 2 ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO 3 JÁ RECEBE TCA 4 OUTRO 6	MEDICAMENTO FOI DADO 1 MEDICAMENTO FOI RECUSADO 2 ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO 3 JÁ RECEBE TCA 4 OUTRO 6	MEDICAMENTO FOI DADO 1 MEDICAMENTO FOI RECUSADO 2 ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO 3 JÁ RECEBE TCA 4 OUTRO 6
227	VOLTE A 206 DA COLUNA SEGUINTE DESTE QUESTIONÁRIO OU VOLTE A PRIMEIRA COLUNA DO QUESTIONÁRIO ADICIONAL; SE NÃO TIVER MAIS CRIANÇAS, ACABE A ENTREVISTA.			

TESTAGEM DE HEMOGLOBINA, MALÁRIA E ANTICORPOS DAS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS




205B	TÉCNICO DE SAÚDE / CONSELHEIRO: CONFIRA A PERGUNTA 205 E COMPLETE AS PERGUNTAS 206 A 227 <u>SÓ</u> PARA AS CRIANÇAS COM CÓDIGOS 2, 3 OU 4 NA PERGUNTA 205.			
		CRIANÇA 4	CRIANÇA 5	CRIANÇA 6
206	PERGUNTE QUEM É O ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA E ESREVA O NOME E O NÚMERO DE ORDEM. SE A PESSOA NÃO É MEMBRO DO AGREGADO, ESREVA '00'	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> NOME DA PESSOA RESPONSÁVEL	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> NOME DA PESSOA RESPONSÁVEL	Nº DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/> NOME DA PESSOA RESPONSÁVEL
207	<p>PEDIDO DE CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE ANEMIA (CRIANÇAS DE 6 - 59 MESES)</p> <p>Como parte deste inquérito, estamos a pedir aos participantes, em todo o país, para fazerem teste de anemia. A anemia é um problema de saúde grave que geralmente resulta da má nutrição, infecção ou doença crónica. O teste de anemia está sendo feito para conhecermos a gravidade do problema em crianças de Moçambique. Este inquérito vai apoiar o governo de Moçambique para desenvolver e implementar programas de prevenção e tratamento da anemia. Para o teste de anemia a(o) (NOME DA CRIANÇA), irei fazer uma picada no dedo ou no calcanhar dela(e) usando uma lanceta. Uma pequena quantidade de sangue (500ul) seria colhida por mim, técnico de saúde, e irá durar 5 a 10 minutos. Este material a ser usado para a colheita de sangue é limpo e completamente seguro, nunca foi usado antes e será deitado fora depois de uso. Usarei um aparelho (HEMOCUE) aprovado pelo Ministério da Saúde e que tem sido usado nos hospitais e o resultado sai em 5 minutos.</p> <p>O resultado será estritamente confidencial, isto é, não será partilhado com mais ninguém fora da equipa do inquérito. Para as crianças que apresentarem-se com anemia irei dar uma guia para levar ao hospital (DIZER O NOME DA UNIDADE SANITÁRIA) mais próxima daqui da sua casa. No hospital o(a) (NOME DA CRIANÇA) será assistido(a) pelos técnicos de saúde conforme recomenda o Ministério da Saúde.</p> <p>Você tem alguma pergunta?</p> <p>Você pode dizer sim se aceita que eu faça o teste de anemia a/o (NOME DA CRIANÇA), ou se não aceita pode dizer não. Você é livre de decidir.</p>			
		CRIANÇA 4	CRIANÇA 5	CRIANÇA 6
	PEÇA AO PAI, MÃE OU ADULTO IDENTIFICADO EM 206 COMO O RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA POR CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE <u>ANEMIA</u> . MARQUE O RESULTADO DO PEDIDO.	ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 1 NÃO ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 2 <div style="text-align: right;">↓</div> <div style="text-align: right;">227 </div> (ASSINATURA) IMPRESSÃO DIGITAL: <input type="text"/> AUSENTE 3 OUTRO 6 (ASSINATURA DO TÉCNICO/CONSELHEIRO) DATA	ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 1 NÃO ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 2 <div style="text-align: right;">↓</div> <div style="text-align: right;">227 </div> (ASSINATURA) IMPRESSÃO DIGITAL: <input type="text"/> AUSENTE 3 OUTRO 6 (ASSINATURA DO TÉCNICO/CONSELHEIRO) DATA	ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 1 NÃO ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 2 <div style="text-align: right;">↓</div> <div style="text-align: right;">227 </div> (ASSINATURA) IMPRESSÃO DIGITAL: <input type="text"/> AUSENTE 3 OUTRO 6 (ASSINATURA DO TÉCNICO/CONSELHEIRO) DATA

PEDIDO DE CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE MALÁRIA (CRIANÇAS DE 6 - 59 MESES)

Como parte deste inquérito, estamos a pedir aos participantes, em todo o país, para fazerem teste de malária. A malária é uma doença grave causada por um parasita transmitido por picada de mosquitos. O teste de malária está sendo feito para conhecermos a gravidade do problema em crianças de Moçambique. Este inquérito vai apoiar o governo de Moçambique para desenvolver programas de prevenção e tratamento de Malária. Para o teste de malária a(o) (NOME DA CRIANÇA), irei usar o sangue que aceitou colher-mos antes no calcanhar dela(e) usando um teste rápido aprovado pelo Ministério da Saúde e que tem sido usado nos hospitais e o resultado sai em 5 minutos. O resultado será estritamente confidencial, isto é, não será partilhado com mais ninguém fora da equipa do inquérito. Se a sua criança tiver malária não grave, poderá receber tratamento aqui em casa agora com os mesmos comprimidos que são dado no hospital (Coartem). Se a sua criança apresentar-se com malária grave irei dar-lhe uma guia para levar ao hospital (DIZER O NOME DA UNIDADE SANITÁRIA) mais próxima daqui da sua casa. No hospital a(o) (NOME DA CRIANÇA) será assistida pelos técnicos de saúde conforme recomenda o Ministério da Saúde

Você tem alguma pergunta?

Você pode dizer sim se aceita que eu faça o teste de malária a/o (NOME DA CRIANÇA), ou se não aceita pode dizer não. Você é livre de decidir.




	CRIANÇA 4	CRIANÇA 5	CRIANÇA 6
PEÇA AO PAI, MÃE OU ADULTO IDENTIFICADO EM 206 COMO O RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA POR CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE MALÁRIA .	ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 1	ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 1	ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 1
MARQUE O RESULTADO DO PEDIDO.	NÃO ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 2	NÃO ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 2	NÃO ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 2
	_____ (ASSINATURA)	_____ (ASSINATURA)	_____ (ASSINATURA)
	IMPRESSÃO DIGITAL: 	IMPRESSÃO DIGITAL: 	IMPRESSÃO DIGITAL: 
	AUSENTE 3	AUSENTE 3	AUSENTE 3
	OUTRO 6	OUTRO 6	OUTRO 6
	_____ (ASSINATURA DO TÉCNICO/CONSELHEIRO)	_____ (ASSINATURA DO TÉCNICO/CONSELHEIRO)	_____ (ASSINATURA DO TÉCNICO/CONSELHEIRO)
	_____ DATA	_____ DATA	_____ DATA




PEDIDO DE CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE ANTICORPOS (CRIANÇAS DE 6 - 59 MESES)

Como parte deste inquérito, solicitamos aos participantes em todo o país para darem amostras de sangue para avaliação da eficácia de vacinação contra Hepatite B e Tétano em crianças menores de 5 anos. Estas doenças são um problema grave de saúde pública em Moçambique. Também poderíamos fazer testes no futuro para outras doenças importantes como diarreias, sangue na urina (bilharzioses), dores de barriga devido a lombrigas, e outras. Será utilizado o sangue do (a) (NOME DA CRIANÇA) que aceitou dar antes para fazer as amostras. As amostras de sangue seco serão enviadas para Maputo. As amostras não terão nome, nem outros dados que possam identificar a criança. Somente será usado um código para identificação no laboratório e os resultados serão utilizados somente para fins de vigilância epidemiológica.

Você tem alguma pergunta?

Você pode dizer sim se aceita que amostra de (NOME DA CRIANÇA) seja enviada no Maputo para a testagem de anticorpos contra Hepatite B e Tétano e outras doenças, ou se não aceita pode dizer não. Você é livre de decidir.

	CRIANÇA 4	CRIANÇA 5	CRIANÇA 6
PEÇA AO PAI, MÃE OU ADULTO IDENTIFICADO EM 206 COMO O RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA POR CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE ANTICORPOS . MARQUE O RESULTADO DO PEDIDO.	ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 1 NÃO ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 2 _____ (ASSINATURA) IMPRESSÃO DIGITAL:  AUSENTE 3 OUTRO 6 _____ (ASSINATURA DO TÉCNICO/CONSELHEIRO) _____ DATA	ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 1 NÃO ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 2 _____ (ASSINATURA) IMPRESSÃO DIGITAL:  AUSENTE 3 OUTRO 6 _____ (ASSINATURA DO TÉCNICO/CONSELHEIRO) _____ DATA	ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 1 NÃO ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 2 _____ (ASSINATURA) IMPRESSÃO DIGITAL:  AUSENTE 3 OUTRO 6 _____ (ASSINATURA DO TÉCNICO/CONSELHEIRO) _____ DATA

		CRIANÇA 4	CRIANÇA 5	CRIANÇA 6
210	CONFIRA 205:	6-17 MESES 1 18 - 23 MESES 2 24-59 MESES 3 (PASSE A 211A) ←	6-17 MESES 1 18 - 23 MESES 2 24-59 MESES 3 (PASSE A 211A) ←	6-17 MESES 1 18 - 23 MESES 2 24-59 MESES 3 (PASSE A 211A) ←
211	PEDIDO DE CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE HIV (CRIANÇAS DE 6 - 23 MESES) <p>Como parte deste inquérito, estamos a pedir aos participantes, em todo o país, para a realização de testes de HIV no Maputo. O HIV é o vírus que causa SIDA, doença muito séria. O teste do HIV está sendo feito para conhecermos a gravidade do problema do SIDA em Moçambique mas também para ajudar o governo a saber a gravidade actual da doença e planificar melhor as actividades de prevenção e tratamento para os próximos anos. Será utilizado o sangue do (a) (NOME DA CRIANÇA) que aceitou dar antes. As amostras de sangue seco serão enviadas para Maputo. Vou entregar-lhe uma ficha que contem um código da amostra e o nome da unidade sanitária mais próxima onde deve ir buscar o resultado do teste. Vou lhe informar depois de quanto tempo poderá ir buscar o resultado do teste. Só através pode ter acesso ao resultado deste teste através do código da amostra. Será dado o aconselhamento sobre o resultado do teste na unidade sanitária.</p> <p>Você tem alguma pergunta?</p> <p>Você pode dizer sim se aceita que amostra do/a (NOME DA CRIANÇA) seja feita os testes de HIV em Maputo, ou se não aceita pode dizer não. Você é livre de decidir.</p>			
		CRIANÇA 4 ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 1 NÃO ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 2 _____ (ASSINATURA) IMPRESSÃO DIGITAL:  AUSENTE 3 OUTRO 6 _____ (ASSINATURA DO TÉCNICO/CONSELHEIRO) _____ DATA	CRIANÇA 5 ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 1 NÃO ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 2 _____ (ASSINATURA) IMPRESSÃO DIGITAL:  AUSENTE 3 OUTRO 6 _____ (ASSINATURA DO TÉCNICO/CONSELHEIRO) _____ DATA	CRIANÇA 6 ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 1 NÃO ACEITA QUE (NOME DA CRIANÇA) FAÇA O TESTE 2 _____ (ASSINATURA) IMPRESSÃO DIGITAL:  AUSENTE 3 OUTRO 6 _____ (ASSINATURA DO TÉCNICO/CONSELHEIRO) _____ DATA

211A	SE A CRIANÇA TEM CONSENTIMENTO DOS PAIS, PREPARE OS MATERIAIS PARA FAZER OS TESTES E CONTINUE COM A AMOSTRAGEM E TESTAGEM. SE NAO DERAM CONSENTIMENTO PARA NENHUMA CRIANÇA, PASSE A 227.			
		CRIANÇA 4	CRIANÇA 5	CRIANÇA 6
212	ETIQUETA DE CÓDIGO DE BARRAS PARA CADA CRIANÇA, COLE A: - 1ª ETIQUETA NO QUESTIONÁRIO - 2ª NO MINI-COLLECTOR, - 3ª NO TDR DE MALÁRIA, - 4ª NO PAPEL DE FILTRO (DBS) - 5ª NA FOLHA DE TRANSMISSÃO DE AMOSTRAS - 6ª NA FICHA DE RECOLHA DE RESULTADO HIV	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">ETIQUETA DE CÓDIGO DE BARRAS</div> AUSENTE 99994 RECUSOU (DBS) 99995 OUTRO 99996	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">ETIQUETA DE CÓDIGO DE BARRAS</div> AUSENTE 99994 RECUSOU (DBS) 99995 OUTRO 99996	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">ETIQUETA DE CÓDIGO DE BARRAS</div> AUSENTE 99994 RECUSOU (DBS) 99995 OUTRO 99996
213	CONFIRA 205: COLOQUE O ADESIVO NO PAPEL FILTRO CONFORME A IDADE.	6 A 17 MESES = VERMELHO 18 A 23 MESES = AZUL	6 A 17 MESES = VERMELHO 18 A 23 MESES = AZUL	6 A 17 MESES = VERMELHO 18 A 23 MESES = AZUL
214	ESCREVA O NÍVEL DE <u>HEMOGLOBINA</u> DO HEMOCUE	G/DL <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> AUSENTE 994 RECUSOU 995 OUTRO 996	G/DL <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> AUSENTE 994 RECUSOU 995 OUTRO 996	G/DL <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> AUSENTE 994 RECUSOU 995 OUTRO 996
215	MARQUE O CODIGO DO RESULTADO DA TESTAGEM DE <u>MALARIA</u>	TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 217) ←	TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 217) ←	TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 217) ←
216	RESULTADO DO TESTE DE MALÁRIA	P.F. 1 P.V. 2 AMBOS 3 (PASSE A 219) ← NEGATIVO 4 OUTRO 6	P.F. 1 P.V. 2 AMBOS 3 (PASSE A 219) ← NEGATIVO 4 OUTRO 6	P.F. 1 P.V. 2 AMBOS 3 (PASSE A 219) ← NEGATIVO 4 OUTRO 6
217	CONFIRA 214: RESULTADO DO TESTE DE HEMOGLOBINA	MENOS DE 8.0 G/DL ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIS ... 2 AUSENTE 4 RECUSOU 5 OUTRO 6 (PASSE A 227) ←	MENOS DE 8.0 G/DL ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIS ... 2 AUSENTE 4 RECUSOU 5 OUTRO 6 (PASSE A 227) ←	MENOS DE 8.0 G/DL ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIS ... 2 AUSENTE 4 RECUSOU 5 OUTRO 6 (PASSE A 227) ←
218	ENCAMINHAMENTO MÉDICO PARA TRATAMENTO DA <u>ANEMIA</u>	A testagem para anemia mostra que (NOME) sofre de anemia severa. A sua criança está muito doente e precisa de atenção médica para tratamento da anemia o mais rápido possível. (PASSE A 227)		
219	(NOME) sofre de alguns destes sintomas? a) Muita debilidade? b) Problemas do coração? c) Perda de consciência / desmaios? d) Respiração rápida? e) Ataques de epilepsia? f) Sangramento anormal? g) Olhos amarelados? h) Urina escura? SE NENHUM DESTES SINTOMAS, MARQUE O CÓDIGO "Y"	DEBILIDADE A CORAÇÃO B DESMAIOS C RESP. RÁPIDA D EPILEPSIA E SANGRAMENTO F OLHOS AMARELADOS ... G URINA ESCURA H NENHUM SINTOMAS Y	DEBILIDADE A CORAÇÃO B DESMAIOS C RESP. RÁPIDA D EPILEPSIA E SANGRAMENTO F OLHOS AMARELADOS ... G URINA ESCURA H NENHUM SINTOMAS Y	DEBILIDADE A CORAÇÃO B DESMAIOS C RESP. RÁPIDA D EPILEPSIA E SANGRAMENTO F OLHOS AMARELADOS ... G URINA ESCURA H NENHUM SINTOMAS Y
220	CONFIRA 219: ALGUM CÓDIGO DE A - H MARCADO?	CÓDIGO "Y" MARCADO 1 PELO MENOS UM CODIGO DE A - H MARCADO 2 (PASSE A 223) ←	CÓDIGO "Y" MARCADO 1 PELO MENOS UM CODIGO DE A - H MARCADO 2 (PASSE A 223) ←	CÓDIGO "Y" MARCADO 1 PELO MENOS UM CODIGO DE A - H MARCADO 2 (PASSE A 223) ←

		CRIANÇA 4	CRIANÇA 5	CRIANÇA 6
221	CONFIRA 214: RESULTADO DO TESTE DE HEMOGLOBINA	MENOS DE 8.0 G/DL ANEMIA SEVERA 1 (PASSE A 223) ← 8.0 G/DL OU MAIS 2 AUSENTE 4 RECUSOU 5 OUTRO 6	MENOS DE 8.0 G/DL ANEMIA SEVERA 1 (PASSE A 223) ← 8.0 G/DL OU MAIS 2 AUSENTE 4 RECUSOU 5 OUTRO 6	MENOS DE 8.0 G/DL ANEMIA SEVERA 1 (PASSE A 223) ← 8.0 G/DL OU MAIS 2 AUSENTE 4 RECUSOU 5 OUTRO 6
222	Presentemente ou alguma vez nas últimas duas semanas (NOME) tomou algum medicamento antimalárico com base em artemisinina (TCA) dado por pessoal médico?	SIM 1 (PASSE A 224) ← NÃO 2 (PASSE A 225) ← NÃO SABE 8	SIM 1 (PASSE A 224) ← NÃO 2 (PASSE A 225) ← NÃO SABE 8	SIM 1 (PASSE A 224) ← NÃO 2 (PASSE A 225) ← NÃO SABE 8
223	ENCAMINHAMENTO MÉDICO PARA TRATAMENTO DE MALÁRIA GRAVE	O teste que fizemos mostra que (NOME) tem malária. Ele (ela) também tem sintomas de malária grave. Os medicamentos que nos temos disponíveis não ajudariam à criança e por isso não posso oferecer esses medicamentos. A sua criança está muito doente e ela deveria ser levada quanto antes a uma unidade sanitária. (PASSE A 226 E MARQUE O CÓDIGO 3)		
224	ACONSELHAMENTO MÉDICO PARA CRIANÇAS QUE JÁ TOMARAM OU JÁ ESTÃO A TOMAR TCA .	A senhora falou que (NOME) já tomou antimalárico com base em artemisinina e por isso não posso oferecer mais medicamentos. Contudo, se a criança continua com febre dois ou mais dias depois de ter tomado esse medicamento, você deveria leva-la a um profissional de saúde para ser examinada e para receber tratamento. (PASSE A 226 E MARQUE O CÓDIGO 4)		
225	LEIA A INFORMAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO DE MALÁRIA E PEÇA CONSENTIMENTO AO PAI, A MÃE OU OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA. PERGUNTE SOBRE QUALQUER TRATAMENTO ANTIMALÁRICO QUE A CRIANÇA JÁ RECEBEU. TCA = TERAPIA DE COMBINAÇÃO À BASE DE ARTEMISININA	ACEITOU MEDICAMENTO 1 _____ (ASSINATURA) ← RECUSOU 2 OUTRO 6	ACEITOU MEDICAMENTO 1 _____ (ASSINATURA) ← RECUSOU 2 OUTRO 6	ACEITOU MEDICAMENTO 1 _____ (ASSINATURA) ← RECUSOU 2 OUTRO 6
226	MARQUE O CÓDIGO COM O RESULTADO DO TRATAMENTO / ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO DA MALÁRIA	MEDICAMENTO FOI DADO 1 MEDICAMENTO FOI RECUSADO 2 ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO 3 JÁ RECEBE TCA 4 OUTRO 6	MEDICAMENTO FOI DADO 1 MEDICAMENTO FOI RECUSADO 2 ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO 3 JÁ RECEBE TCA 4 OUTRO 6	MEDICAMENTO FOI DADO 1 MEDICAMENTO FOI RECUSADO 2 ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO 3 JÁ RECEBE TCA 4 OUTRO 6
227	VOLTE A 206 DA COLUNA SEGUINTE DESTE QUESTIONÁRIO OU VOLTE A PRIMEIRA COLUNA DO QUESTIONÁRIO ADICIONAL; SE NÃO TIVER MAIS CRIANÇAS, ACABE A ENTREVISTA.			

CONVERSÃO DE DATA DE NASCIMENTO A IDADE EM MESES

DATA DE NASCIMENTO		MÊS DO INQUÉRITO				
ANO	MÊS	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
2010	01	63	64	65	66	67
	02	62	63	64	65	66
	03	61	62	63	64	65
	04	60	61	62	63	64
	05	59	60	61	62	63
	06	58	59	60	61	62
	07	57	58	59	60	61
	08	56	57	58	59	60
	09	55	56	57	58	59
	10	54	55	56	57	58
	11	53	54	55	56	57
	12	52	53	54	55	56
2011	01	51	52	53	54	55
	02	50	51	52	53	54
	03	49	50	51	52	53
	04	48	49	50	51	52
	05	47	48	49	50	51
	06	46	47	48	49	50
	07	45	46	47	48	49
	08	44	45	46	47	48
	09	43	44	45	46	47
	10	42	43	44	45	46
	11	41	42	43	44	45
	12	40	41	42	43	44
2012	01	39	40	41	42	43
	02	38	39	40	41	42
	03	37	38	39	40	41
	04	36	37	38	39	40
	05	35	36	37	38	39
	06	34	35	36	37	38
	07	33	34	35	36	37
	08	32	33	34	35	36
	09	31	32	33	34	35
	10	30	31	32	33	34
	11	29	30	31	32	33
	12	28	29	30	31	32

DATA DE NASCIMENTO		MÊS DO INQUÉRITO				
ANO	MÊS	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
2013	01	27	28	29	30	31
	02	26	27	28	29	30
	03	25	26	27	28	29
	04	24	25	26	27	28
	05	23	24	25	26	27
	06	22	23	24	25	26
	07	21	22	23	24	25
	08	20	21	22	23	24
	09	19	20	21	22	23
	10	18	19	20	21	22
	11	17	18	19	20	21
	12	16	17	18	19	20
2014	01	15	16	17	18	19
	02	14	15	16	17	18
	03	13	14	15	16	17
	04	12	13	14	15	16
	05	11	12	13	14	15
	06	10	11	12	13	14
	07	9	10	11	12	13
	08	8	9	10	11	12
	09	7	8	9	10	11
	10	6	7	8	9	10
	11	5	6	7	8	9
	12	4	5	6	7	8
2015	01	3	4	5	6	7
	02	2	3	4	5	6
	03	1	2	3	4	5
	04	0	1	2	3	4
	05		0	1	2	3
	06			0	1	2
	07				0	1
	08					0
	09					
	10					
	11					
	12					

OBSERVAÇÕES DO INQUIRIDOR

PARA SER PREENCHIDO IMEDIATAMENTE DEPOIS DE TERMINAR A ENTREVISTA

COMENTÁRIOS DO INQUIRIDOR:

COMENTÁRIOS SOBRE PERGUNTAS ESPECÍFICAS:

OUTROS COMENTÁRIOS:

OBSERVAÇÕES DO CONTROLADOR(A)

NOME DO CONTROLADOR(A): _____ DATA: _____

OBSERVAÇÕES DO CONSELHEIRO(A)

NOME DO CONSELHEIRO(A): _____ DATA: _____

