



ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ AU CAMEROUN (EDSC 2018)  
QUESTIONNAIRE BIOMARQUEUR  
MÉNAGE NON SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME

IDENTIFICATION														
RÉGION	_____													
DÉPARTEMENT	_____													
ARRONDISSEMENT	_____													
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 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 TECHNICIENS DE SANTÉ														
	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 DU TECHNICIEN DE SANTÉ	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>										
				ANNÉE <table border="1" style="width: 80px; height: 20px; float: right;"><tr><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>8</td></tr></table>	2	0	1	8						
2	0	1	8											
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'HOMMES 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>2</td></tr></table>	0	2	LANGUE DE L'INTERVIEW**	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ**	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			INTERPRÈTE UTILISÉ (OUI = 1, NON = 2)	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td></tr></table>	
0	2													
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<b>FRANÇAIS</b>		**CODES LANGUES :											
			01 ANGLAIS	05 PIDGIN										
			02 FRANÇAIS	96 AUTRE										
			03 FUFULDE											
			04 EWONDO											
				_____ (PRÉCISEZ)										
CHEF D'ÉQUIPE			CONTRÔLEUSE / CONTROLEUR											
NOM	<table border="1" style="width: 60px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						NOM	<table border="1" style="width: 60px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
	NUMÉRO		NUMÉRO											

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

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES. QUESTIONNAIRE(S).			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIEZ TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 .  NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____
103	COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (JOUR, MOIS ET ANNÉE ) DU TABLEAU MÉNAGE. SI UNE DATE COMPLÈTE N'EST PAS FOURNIE DAMANDEZ: 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 2013-2018?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 133) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 133) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 133) ←
105	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. ... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT .....9994 REFUS .....9995 AUTRE .....9996	KG. ... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT .....9994 REFUS .....9995 AUTRE .....9996	KG. ... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT .....9994 REFUS .....9995 AUTRE .....9996
106	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT .....9994 REFUS .....9995 AUTRE .....9996 (ALLEZ À 108) ←	CM. ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT .....9994 REFUS .....9995 AUTRE .....9996 (ALLEZ À 108) ←	CM. ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT .....9994 REFUS .....9995 AUTRE .....9996 (ALLEZ À 108) ←
107	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2
108	MESUREUR: INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO DE TECHNICIEN DE SANTÉ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO TECH. DE SANTÉ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO TECH. DE SANTÉ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO TECH. DE SANTÉ
109	VÉRIFIEZ 103: L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ DURANT LE MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 133) ←  PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 133) ←  PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 133) ←  PLUS ÂGÉ ..... 2
110	NOM DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT	NOM _____ _____	NOM _____ _____	NOM _____ _____
111	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Nous demandons que tous les enfants nés en 2013, ou plus tard, participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?</p>		

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

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES. QUESTIONNAIRE(S).			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIEZ TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 .  NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____
112	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
113	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 2013 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. 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>		
114	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO DE TECHNICIEN DE SANTÉ	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No TECHNICIEN DE SANTÉ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT/AUTRE ..... 3	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No TECHNICIEN DE SANTÉ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT/AUTRE ..... 3	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No TECHNICIEN DE SANTÉ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT/AUTRE ..... 3
115	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.			
116	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME.	G/DL .... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> 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
117	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 119) ←	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 119) ←	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 119) ←

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

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES. QUESTIONNAIRE(S).			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIEZ TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 .  NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____
118	ENREGISTREZ LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF, Pf ..... 1 POSITIF, PAN ..... 2 POSITIF, Pf ET PAN ..... 3 (ALLEZ À 121) ← NEGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6	POSITIF, Pf ..... 1 POSITIF, PAN ..... 2 POSITIF, Pf ET PAN ..... 3 (ALLEZ À 121) ← NEGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6	POSITIF, Pf ..... 1 POSITIF, PAN ..... 2 POSITIF, Pf ET PAN ..... 3 (ALLEZ À 121) ← NEGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6
119	VÉRIFIEZ 116: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	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 133) ←	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 133) ←	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 133) ←
120	<b><u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u></b>  ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU TEST D'ANEMIE DANS 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 133)		
121	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants: a) Faiblesse extrême? b) Inhabilité à boire ou à téter? c) Vomissement de tout? d) Perte de conscience? e) Respiration rapide ou difficulté de respirer? f) De multiple convulsions? g) Saignements anormaux? h) Jaunisse/peau jaune ?	OUI NON a) FAIBLESSE EXTRÊME 1 2 b) INHABILITÉ BOIRE/TÉTER 1 2 c) VOMISSEMENT 1 2 d) PERTE DE CONSCIENCE 1 2 e) RESPIRATION RAPIDE 1 2 f) CONVULSIONS 1 2 g) SAIGNEMENTS 1 2 h) JAUNISSE 1 2	OUI NON a) FAIBLESSE EXTRÊME 1 2 b) INHABILITÉ BOIRE/TÉTER 1 2 c) VOMISSEMENT 1 2 d) PERTE DE CONSCIENCE 1 2 e) RESPIRATION RAPIDE 1 2 f) CONVULSIONS 1 2 g) SAIGNEMENTS 1 2 h) JAUNISSE 1 2	OUI NON a) FAIBLESSE EXTRÊME 1 2 b) INHABILITÉ BOIRE/TÉTER 1 2 c) VOMISSEMENT 1 2 d) PERTE DE CONSCIENCE 1 2 e) RESPIRATION RAPIDE 1 2 f) CONVULSIONS 1 2 g) SAIGNEMENTS 1 2 h) JAUNISSE 1 2
122	VÉRIFIEZ 121: Y A-T-IL UN 'OUI' ENCERCLÉ?	NON OUI <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 125) ←	NON OUI <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 125) ←	NON OUI <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 125) ←
123	VÉRIFIEZ 116: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL SEVERE ANEMIA ... 1 (ALLEZ À 125) ← 7.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6	EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL SEVERE ANEMIA ... 1 (ALLEZ À 125) ← 7.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6	EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL SEVERE ANEMIA ... 1 (ALLEZ À 125) ← 7.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6

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

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES. QUESTIONNAIRE(S).			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIEZ TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 .  NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____
124	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la CTA donné par un personnel de santé ou un agent de santé communautaire pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI ..... 1 ] (ALLEZ À 126) ←  NON ..... 2 ] (ALLEZ À 127) ←	OUI ..... 1 ] (ALLEZ À 126) ←  NON ..... 2 ] (ALLEZ À 127) ←	OUI ..... 1 ] (ALLEZ À 126) ←  NON ..... 2 ] (ALLEZ À 127) ←
125	<b><u>DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.</u></b>  ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU TEST DE PALUDISME DANS 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 131)		
126	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE LA CTA.	Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu de la CTA pour le paludisme. Je ne peux pas vous donner une CTA supplémentaire. Cependant, le test montre qu'il/elle a du paludisme. Si votre enfant a de la fièvre pendant 2 jours après la dernière dose de CTA, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens plus approfondis.  ALLEZ À 131)		
127	LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT	Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé CTA. La CTA est très efficace et d'ici quelques jours, il n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de donner le médicament à l'enfant. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plaît, si vous acceptez, ou non, le médicament.		
128	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1 ] _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 ] AUTRE ..... 6 ]	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1 ] _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 ] AUTRE ..... 6 ]	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1 ] _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 ] AUTRE ..... 6 ]
129	VÉRIFIEZ 128: MÉDICAMENT ACCEPTÉ	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1 ] REFUS ..... 2 ] AUTRE ..... 6 ] (ALLEZ À 131) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1 ] REFUS ..... 2 ] AUTRE ..... 6 ] (ALLEZ À 131) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1 ] REFUS ..... 2 ] AUTRE ..... 6 ] (ALLEZ À 131) ←

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

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES. QUESTIONNAIRE(S).			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIEZ TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 .  NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____

130	TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF.	<p style="text-align: center;"><b>TRAITEMENT AVEC DE L' ARTESUNATE-AMODIAQUINE (AA)</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">POIDS (en Kg)/Age</th> <th colspan="3">DOSAGE</th> </tr> <tr> <th>JOUR 1</th> <th>JOUR 2</th> <th>JOUR 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>5 KG à moins de 9 KG</b> (moins d' 1 an)</td> <td>1 Comprimé AS-AQ (25 mg/67.5 mg)</td> <td>1 Comprimé AS- AQ (25 mg/67.5 mg)</td> <td>1 Comprimé AS-AQ (25 mg/67.5 mg)</td> </tr> <tr> <td><b>9 KG à moins de 18 KG</b> (entre 1 et 5 ans)</td> <td>1 Comprimé AS-AQ (50mg/135mg)</td> <td>1 Comprimé AS-AQ (50mg/135mg)</td> <td>1 Comprimé AS-AQ (50mg/135mg)</td> </tr> </tbody> </table> <p>DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a un des symptômes suivants, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité:  -- 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  (ALLEZ À 133)</p>			POIDS (en Kg)/Age	DOSAGE			JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	<b>5 KG à moins de 9 KG</b> (moins d' 1 an)	1 Comprimé AS-AQ (25 mg/67.5 mg)	1 Comprimé AS- AQ (25 mg/67.5 mg)	1 Comprimé AS-AQ (25 mg/67.5 mg)	<b>9 KG à moins de 18 KG</b> (entre 1 et 5 ans)	1 Comprimé AS-AQ (50mg/135mg)	1 Comprimé AS-AQ (50mg/135mg)	1 Comprimé AS-AQ (50mg/135mg)
POIDS (en Kg)/Age	DOSAGE																		
	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3																
<b>5 KG à moins de 9 KG</b> (moins d' 1 an)	1 Comprimé AS-AQ (25 mg/67.5 mg)	1 Comprimé AS- AQ (25 mg/67.5 mg)	1 Comprimé AS-AQ (25 mg/67.5 mg)																
<b>9 KG à moins de 18 KG</b> (entre 1 et 5 ans)	1 Comprimé AS-AQ (50mg/135mg)	1 Comprimé AS-AQ (50mg/135mg)	1 Comprimé AS-AQ (50mg/135mg)																
131	VÉRIFIEZ 116: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	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 133) ←	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 133) ←	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 133) ←															
132	<b><u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u></b>  ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU TEST D'ANEMIE DANS 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.																	
133	RETOURNEZ À Q.103 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIÈRE COLONNE DE LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 201.																		

WEIGHT, HEIGHT, HEMOGLOBIN MEASUREMENT, AND MALARIA TEST FOR CHILDREN AGE 0-5

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIEZ TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 .  NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____
103	COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (JOUR, MOIS ET ANNÉE ) DU TABLEAU MÉNAGE. SI UNE DATE COMPLÈTE N'EST PAS FOURNIE DAMANDEZ: 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 2013-2018?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 133) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 133) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 133) ←
105	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT ..... .9994 REFUS ..... .9995 AUTRE ..... .9996	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT ..... .9994 REFUS ..... .9995 AUTRE ..... .9996	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT ..... .9994 REFUS ..... .9995 AUTRE ..... .9996
106	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT ..... .9994 REFUS ..... .9995 AUTRE ..... .9996 (ALLEZ À 108) ←	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT ..... .9994 REFUS ..... .9995 AUTRE ..... .9996 (ALLEZ À 108) ←	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT ..... .9994 REFUS ..... .9995 AUTRE ..... .9996 (ALLEZ À 108) ←
107	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2
108	MESUREUR: INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO DE TECHNICIEN DE SANTÉ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO TECH. DE SANTÉ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO TECH. DE SANTÉ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO TECH. DE SANTÉ
109	VÉRIFIEZ 103: L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ DURANT LE MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 133) ←  PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 133) ←  PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 133) ←  PLUS ÂGÉ ..... 2
110	NOM DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT	NOM _____ _____	NOM _____ _____	NOM _____ _____
111	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Nous demandons que tous les enfants nés en 2013, ou plus tard, participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?</p>		

WEIGHT, HEIGHT, HEMOGLOBIN MEASUREMENT, AND MALARIA TEST FOR CHILDREN AGE 0-5

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
112	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ ..... 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 ABSENTE/AUTRE .... 3	ACCORDÉ ..... 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 ABSENTE/AUTRE .... 3	ACCORDÉ ..... 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 ABSENTE/AUTRE .... 3
113	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 2013 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. 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>		
114	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO DE TECHNICIEN DE SANTÉ	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No TECHNICIEN DE SANTÉ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT/AUTRE . 3	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No TECHNICIEN DE SANTÉ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT/AUTRE . 3	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No TECHNICIEN DE SANTÉ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT/AUTRE . 3
115	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.			
116	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME.	G/DL .... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> 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
117	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 119) ←	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 119) ←	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 119) ←
118	ENREGISTREZ LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF, Pf ..... 1 POSITIF, PAN ..... 2 POSITIF, Pf ET PAN . 3 (ALLEZ À 121) ← NEGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6	POSITIF, Pf ..... 1 POSITIF, PAN ..... 2 POSITIF, Pf ET PAN . 3 (ALLEZ À 121) ← NEGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6	POSITIF, Pf ..... 1 POSITIF, PAN ..... 2 POSITIF, Pf ET PAN . 3 (ALLEZ À 121) ← NEGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6
119	VÉRIFIEZ 116: NIVEAU D' HÉMOGLOBINE	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 133) ←	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 133) ←	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 133) ←

WEIGHT, HEIGHT, HEMOGLOBIN MEASUREMENT, AND MALARIA TEST FOR CHILDREN AGE 0-5

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6																																																																																	
120	<b>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</b>  ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE DANS 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 133)																																																																																			
121	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants:  a) Faiblesse extrême? b) Inhabilité à boire ou à téter? c) Vomissement de tout? d) Perte de conscience? e) Respiration rapide ou difficulté de respirer? f) De multiple convulsions? g) Saignements anormaux? h) Jaunisse/peau jaune ?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td>a) FAIBLESSE EXTRÊME</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) INHABILITÉ BOIRE/TÉTER</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) VOMISSEMENT</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) PERTE DE CONSCIENCE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) RESPIRATION RAPIDE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) CONVULSIONS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) SAIGNEMENTS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) JAUNISSE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		OUI	NON	a) FAIBLESSE EXTRÊME	1	2	b) INHABILITÉ BOIRE/TÉTER	1	2	c) VOMISSEMENT	1	2	d) PERTE DE CONSCIENCE	1	2	e) RESPIRATION RAPIDE	1	2	f) CONVULSIONS	1	2	g) SAIGNEMENTS	1	2	h) JAUNISSE	1	2	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td>a) FAIBLESSE EXTRÊME</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) INHABILITÉ BOIRE/TÉTER</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) VOMISSEMENT</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) PERTE DE CONSCIENCE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) RESPIRATION RAPIDE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) CONVULSIONS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) SAIGNEMENTS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) JAUNISSE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		OUI	NON	a) FAIBLESSE EXTRÊME	1	2	b) INHABILITÉ BOIRE/TÉTER	1	2	c) VOMISSEMENT	1	2	d) PERTE DE CONSCIENCE	1	2	e) RESPIRATION RAPIDE	1	2	f) CONVULSIONS	1	2	g) SAIGNEMENTS	1	2	h) JAUNISSE	1	2	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td>a) FAIBLESSE EXTRÊME</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) INHABILITÉ BOIRE/TÉTER</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) VOMISSEMENT</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) PERTE DE CONSCIENCE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) RESPIRATION RAPIDE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) CONVULSIONS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) SAIGNEMENTS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) JAUNISSE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		OUI	NON	a) FAIBLESSE EXTRÊME	1	2	b) INHABILITÉ BOIRE/TÉTER	1	2	c) VOMISSEMENT	1	2	d) PERTE DE CONSCIENCE	1	2	e) RESPIRATION RAPIDE	1	2	f) CONVULSIONS	1	2	g) SAIGNEMENTS	1	2	h) JAUNISSE	1	2
	OUI	NON																																																																																			
a) FAIBLESSE EXTRÊME	1	2																																																																																			
b) INHABILITÉ BOIRE/TÉTER	1	2																																																																																			
c) VOMISSEMENT	1	2																																																																																			
d) PERTE DE CONSCIENCE	1	2																																																																																			
e) RESPIRATION RAPIDE	1	2																																																																																			
f) CONVULSIONS	1	2																																																																																			
g) SAIGNEMENTS	1	2																																																																																			
h) JAUNISSE	1	2																																																																																			
	OUI	NON																																																																																			
a) FAIBLESSE EXTRÊME	1	2																																																																																			
b) INHABILITÉ BOIRE/TÉTER	1	2																																																																																			
c) VOMISSEMENT	1	2																																																																																			
d) PERTE DE CONSCIENCE	1	2																																																																																			
e) RESPIRATION RAPIDE	1	2																																																																																			
f) CONVULSIONS	1	2																																																																																			
g) SAIGNEMENTS	1	2																																																																																			
h) JAUNISSE	1	2																																																																																			
	OUI	NON																																																																																			
a) FAIBLESSE EXTRÊME	1	2																																																																																			
b) INHABILITÉ BOIRE/TÉTER	1	2																																																																																			
c) VOMISSEMENT	1	2																																																																																			
d) PERTE DE CONSCIENCE	1	2																																																																																			
e) RESPIRATION RAPIDE	1	2																																																																																			
f) CONVULSIONS	1	2																																																																																			
g) SAIGNEMENTS	1	2																																																																																			
h) JAUNISSE	1	2																																																																																			
122	VÉRIFIEZ 121: Y A-T-IL UN 'OUI' ENCERCLÉ?	<table border="0"> <tr> <td>NON</td> <td>OUI</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">(ALLEZ À 125) ←</td> </tr> </table>	NON	OUI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(ALLEZ À 125) ←		<table border="0"> <tr> <td>NON</td> <td>OUI</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">(ALLEZ À 125) ←</td> </tr> </table>	NON	OUI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(ALLEZ À 125) ←		<table border="0"> <tr> <td>NON</td> <td>OUI</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">(ALLEZ À 125) ←</td> </tr> </table>	NON	OUI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(ALLEZ À 125) ←																																																																
NON	OUI																																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																				
(ALLEZ À 125) ←																																																																																					
NON	OUI																																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																				
(ALLEZ À 125) ←																																																																																					
NON	OUI																																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																				
(ALLEZ À 125) ←																																																																																					
123	VÉRIFIEZ 116: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	<table border="0"> <tr> <td>EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL SEVERE ANEMIA</td> <td>... 1</td> </tr> <tr> <td>(ALLEZ À 125)</td> <td>←</td> </tr> <tr> <td>7.0 G/DL OU PLUS</td> <td>... 2</td> </tr> <tr> <td>ABSENT</td> <td>... 3</td> </tr> <tr> <td>REFUS</td> <td>... 4</td> </tr> <tr> <td>AUTRE</td> <td>... 6</td> </tr> </table>	EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL SEVERE ANEMIA	... 1	(ALLEZ À 125)	←	7.0 G/DL OU PLUS	... 2	ABSENT	... 3	REFUS	... 4	AUTRE	... 6	<table border="0"> <tr> <td>EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL SEVERE ANEMIA</td> <td>... 1</td> </tr> <tr> <td>(ALLEZ À 125)</td> <td>←</td> </tr> <tr> <td>7.0 G/DL OU PLUS</td> <td>... 2</td> </tr> <tr> <td>ABSENT</td> <td>... 3</td> </tr> <tr> <td>REFUS</td> <td>... 4</td> </tr> <tr> <td>AUTRE</td> <td>... 6</td> </tr> </table>	EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL SEVERE ANEMIA	... 1	(ALLEZ À 125)	←	7.0 G/DL OU PLUS	... 2	ABSENT	... 3	REFUS	... 4	AUTRE	... 6	<table border="0"> <tr> <td>EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL SEVERE ANEMIA</td> <td>... 1</td> </tr> <tr> <td>(ALLEZ À 125)</td> <td>←</td> </tr> <tr> <td>7.0 G/DL OU PLUS</td> <td>... 2</td> </tr> <tr> <td>ABSENT</td> <td>... 3</td> </tr> <tr> <td>REFUS</td> <td>... 4</td> </tr> <tr> <td>AUTRE</td> <td>... 6</td> </tr> </table>	EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL SEVERE ANEMIA	... 1	(ALLEZ À 125)	←	7.0 G/DL OU PLUS	... 2	ABSENT	... 3	REFUS	... 4	AUTRE	... 6																																													
EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL SEVERE ANEMIA	... 1																																																																																				
(ALLEZ À 125)	←																																																																																				
7.0 G/DL OU PLUS	... 2																																																																																				
ABSENT	... 3																																																																																				
REFUS	... 4																																																																																				
AUTRE	... 6																																																																																				
EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL SEVERE ANEMIA	... 1																																																																																				
(ALLEZ À 125)	←																																																																																				
7.0 G/DL OU PLUS	... 2																																																																																				
ABSENT	... 3																																																																																				
REFUS	... 4																																																																																				
AUTRE	... 6																																																																																				
EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL SEVERE ANEMIA	... 1																																																																																				
(ALLEZ À 125)	←																																																																																				
7.0 G/DL OU PLUS	... 2																																																																																				
ABSENT	... 3																																																																																				
REFUS	... 4																																																																																				
AUTRE	... 6																																																																																				
124	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la CTA donné par un personnel de santé ou un agent de santé communautaire pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	<table border="0"> <tr> <td>OUI</td> <td>... 1</td> </tr> <tr> <td>(ALLEZ À 126)</td> <td>←</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>... 2</td> </tr> <tr> <td>(ALLEZ À 127)</td> <td>←</td> </tr> </table>	OUI	... 1	(ALLEZ À 126)	←	NON	... 2	(ALLEZ À 127)	←	<table border="0"> <tr> <td>OUI</td> <td>... 1</td> </tr> <tr> <td>(ALLEZ À 126)</td> <td>←</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>... 2</td> </tr> <tr> <td>(ALLEZ À 127)</td> <td>←</td> </tr> </table>	OUI	... 1	(ALLEZ À 126)	←	NON	... 2	(ALLEZ À 127)	←	<table border="0"> <tr> <td>OUI</td> <td>... 1</td> </tr> <tr> <td>(ALLEZ À 126)</td> <td>←</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>... 2</td> </tr> <tr> <td>(ALLEZ À 127)</td> <td>←</td> </tr> </table>	OUI	... 1	(ALLEZ À 126)	←	NON	... 2	(ALLEZ À 127)	←																																																									
OUI	... 1																																																																																				
(ALLEZ À 126)	←																																																																																				
NON	... 2																																																																																				
(ALLEZ À 127)	←																																																																																				
OUI	... 1																																																																																				
(ALLEZ À 126)	←																																																																																				
NON	... 2																																																																																				
(ALLEZ À 127)	←																																																																																				
OUI	... 1																																																																																				
(ALLEZ À 126)	←																																																																																				
NON	... 2																																																																																				
(ALLEZ À 127)	←																																																																																				
125	<b>DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.</b>  ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU TEST DE PALUDISME DANS 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 131)																																																																																			
126	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE LA CTA.	Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu de la CTA pour le paludisme. Je ne peux pas vous donner une CTA supplémentaire. Cependant, le test montre qu'il/elle a du paludisme. Si votre enfant a de la fièvre pendant 2 jours après la dernière dose de CTA, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens plus approfondis.  ALLEZ À 131)																																																																																			

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6															
127	LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT	Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé CTA. La CTA est très efficace et d'ici quelques jours, il n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de donner le médicament à l'enfant. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plaît, si vous acceptez, ou non, le médicament.																	
128	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1 <div style="text-align: center;">← (SIGNATURE)</div> REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1 <div style="text-align: center;">← (SIGNATURE)</div> REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1 <div style="text-align: center;">← (SIGNATURE)</div> REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6															
129	VÉRIFIEZ 128: MÉDICAMENT ACCEPTÉ	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1 REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 <div style="text-align: center;">← (ALLEZ À 131)</div>	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1 REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 <div style="text-align: center;">← (ALLEZ À 131)</div>	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1 REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 <div style="text-align: center;">← (ALLEZ À 131)</div>															
130	TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF.	<div style="border: 2px dashed black; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;"><b>TRAITEMENT AVEC DE L' ARTESUNATE-AMODIAQUINE (AA)</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">POIDS (en Kg)/Age</th> <th colspan="3">DOSAGE</th> </tr> <tr> <th>JOUR 1</th> <th>JOUR 2</th> <th>JOUR 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>5 KG à moins de 9 KG</b> (moins d' 1 an)</td> <td>1 Comprimé AS-AQ (25 mg/67.5 mg)</td> <td>1 Comprimé AS- AQ (25 mg/67.5 mg)</td> <td>1 Comprimé AS-AQ (25 mg/67.5 mg)</td> </tr> <tr> <td><b>9 KG à moins de 18 KG</b> (entre 1 et 5 ans)</td> <td>1 Comprimé AS-AQ (50mg/135mg)</td> <td>1 Comprimé AS-AQ (50mg/135mg)</td> <td>1 Comprimé AS-AQ (50mg/135mg)</td> </tr> </tbody> </table> <p>DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a un des symptômes suivants, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-- une fièvre élevée</li> <li>-- une respiration difficile ou rapide</li> <li>-- s'il ne peut pas boire ou téter</li> <li>-- si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les deux jours</li> </ul> <p>(ALLEZ À 133)</p> </div>			POIDS (en Kg)/Age	DOSAGE			JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	<b>5 KG à moins de 9 KG</b> (moins d' 1 an)	1 Comprimé AS-AQ (25 mg/67.5 mg)	1 Comprimé AS- AQ (25 mg/67.5 mg)	1 Comprimé AS-AQ (25 mg/67.5 mg)	<b>9 KG à moins de 18 KG</b> (entre 1 et 5 ans)	1 Comprimé AS-AQ (50mg/135mg)	1 Comprimé AS-AQ (50mg/135mg)	1 Comprimé AS-AQ (50mg/135mg)
POIDS (en Kg)/Age	DOSAGE																		
	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3																
<b>5 KG à moins de 9 KG</b> (moins d' 1 an)	1 Comprimé AS-AQ (25 mg/67.5 mg)	1 Comprimé AS- AQ (25 mg/67.5 mg)	1 Comprimé AS-AQ (25 mg/67.5 mg)																
<b>9 KG à moins de 18 KG</b> (entre 1 et 5 ans)	1 Comprimé AS-AQ (50mg/135mg)	1 Comprimé AS-AQ (50mg/135mg)	1 Comprimé AS-AQ (50mg/135mg)																
131	VÉRIFIEZ 116: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 7.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 <div style="text-align: center;">← (ALLEZ À 133)</div>	EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 7.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 <div style="text-align: center;">← (ALLEZ À 133)</div>	EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 7.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 <div style="text-align: center;">← (ALLEZ À 133)</div>															
132	<b><u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u></b>  ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU TEST D'ANEMIE DANS 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.																	
133	RETOURNEZ À Q.103 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIÈRE COLONNE DE LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 201.																		

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

201	VÉRIFIER LA COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÂGE ET LE STATUT MATRIMONIAL DE TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES AUX QUESTIONS 202, 203 ET 204. S'IL Y A PLUS DE 3 FEMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
202	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE :  NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 9.  NOM DE LA COLONNE 2.	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____
203	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 7 (ÂGE) :	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2
204	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 8 (STATUT MATRIMONIAL) :	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) .... 1 AUTRE ..... 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) .... 1 AUTRE ..... 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) .... 1 AUTRE ..... 2
205	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>  ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>  ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>  ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996
206	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>  ABSENTE ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>  ABSENTE ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>  ABSENTE ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996
207	MESUREUR: INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO DE TECHNICIEN DE SANTÉ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO TECH. DE SANTÉ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO TECH. DE SANTÉ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO TECH. DE SANTÉ
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

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

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

**CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE ADULTE POUR LE TEST D'ANÉMIE**

<b>C O N S E N T E M E N T  A D U L T E</b>	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 226 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)

216	INSCRIVEZ LE No DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ADOLESCENTE .	NOM _____ _____	NOM _____ _____	NOM _____ _____
-----	--	--------------------	--------------------	--------------------

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

<b>P A R E N T  A D U L T E  R E S P .</b>	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)

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

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

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

<b>C O N S E N T E M E N T D E  M I N E U R E</b>	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 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ ..... 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 233) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 233)	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ ..... 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 233) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 233)	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ ..... 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 233) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 233)
	220A	VÉRIFIEZ 226 DANS QUESTIONNAIRE FEMME OU DEMANDEZ: Êtes-vous enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8

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.			





ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ AU CAMEROUN (EDSC 2018)  
QUESTIONNAIRE BIOMARQUEUR  
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME

IDENTIFICATION														
RÉGION	_____													
DÉPARTEMENT	_____													
ARRONDISSEMENT	_____													
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 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 TECHNICIEN DE SANTÉ														
	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 TECHNICIEN DE SANTÉ	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>										
				ANNÉE <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; float: right;"><tr><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>8</td></tr></table>	2	0	1	8						
2	0	1	8											
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'HOMMES 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>2</td></tr></table>	0	2	LANGUE DE L'INTERVIEW**	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ**	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			INTERPRÈTE UTILISÉ (OUI = 1, NON = 2)	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td></tr></table>	
0	2													
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<b>FRANÇAIS</b>		**CODES LANGUES :											
			01 ANGLAIS	05 PIDGIN										
			02 FRANÇAIS	96 AUTRE										
			03 FUFULDE											
			04 EWONDO											
				_____ (PRÉCISEZ)										
CHEF D'ÉQUIPE			CONTRÔLEUSE / CONTRÔLEUR											
NOM	<table border="1" style="width: 60px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						NOM	<table border="1" style="width: 60px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
	NUMÉRO		NUMÉRO											

**TEST DU VIH POUR LES FEMMES DE 15-64 ANS**

201	VÉRIFIER LA COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÂGE ET LE STATUT MATRIMONIAL DE TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES AUX QUESTIONS 202, 203 ET 204. S'IL Y A PLUS DE 3 FEMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
202	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE :  NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 9.  NOM DE LA COLONNE 2.	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____
203	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 7 (ÂGE) :	15-17 ANS ..... 1 18-64 ANS ..... 2 (ALLEZ À 212) ←	15-17 ANS ..... 1 18-64 ANS ..... 2 (ALLEZ À 212) ←	15-17 ANS ..... 1 18-64 ANS ..... 2 (ALLEZ À 212) ←
204	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 8 (STATUT)	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 DE VIH**

212	<b>COLLECTE DE DBS:</b> DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉE ADULTE LE CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE DE DBS	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de donner du sang pour le test du VIH dans un laboratoire. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir l'ampleur du problème de sida au Cameroun.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Le sang sera recueilli sur une carte de papier filtre. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera écrit sur le papier filtre, nous ne pourrons donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Voulez-vous donner du sang sur une carte de papier filtre pour le test du VIH dans un laboratoire ?</p>		
213	<b>COLLECTE DE DBS:</b> ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO DE TECHNICIEN DE	COLLECTE DE DBS, ACCORD 1 ENQUÊTÉE A REFUS..... 2 ← (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN DE SANTÉ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE/AUTRE ..... 3	COLLECTE DE DBS, ACCORD 1 ENQUÊTÉE A REFUS..... 2 ← (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN DE SANTÉ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE/AUTRE ..... 3	COLLECTE DE DBS, ACCORD 1 ENQUÊTÉE A REFUS..... 2 ← (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN DE SANTÉ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE/AUTRE ..... 3

**TEST DU VIH POUR LES FEMMES DE 15-64 ANS**

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____
213A	<b>TEST DE VIH À DOMICILE:</b> DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉE ADULTE LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE VIH À DOMICILE	<p>Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH maintenant, je peux vous faire un test rapide et vous fournir le résultat du test. Le test est gratuit et nous offrons des conseils avant et après le test.</p> <p>Pour le test rapide du VIH, on a besoin de (plus de) gouttes de sang d'un doigt. On utilisera les mêmes tests rapides que ceux utilisés dans les hôpitaux au Cameroun. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. On utilise deux types de test pour déterminer le résultat du VIH et le résultat du test est disponible dans 20 à 30 minutes.</p> <p>Si le test est positif, je vais vous fournir un formulaire de référence pour aller à l'établissement de santé le plus proche pour un suivi auprès des techniciens de santé, comme le recommande le Ministère de la Santé.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Voulez-vous donner du sang pour le test rapide du VIH ?</p>		
213B	<b>TEST DE VIH À DOMICILE:</b> ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	TEST DE VIH, ACCORDÉ ... 1 ENQUÊTÉE A REFUS..... 2 _____ (SIGNATURE) ABSENTE/AUTRE .... 3	TEST DE VIH, ACCORDÉ ... 1 ENQUÊTÉE A REFUS..... 2 _____ (SIGNATURE) ABSENTE/AUTRE .... 3	TEST DE VIH, ACCORDÉ ... 1 ENQUÊTÉE A REFUS..... 2 _____ (SIGNATURE) ABSENTE/AUTRE .... 3
213C	VÉRIFIEZ 213: ENQUÊTÉE ADULTE A ACCORDÉ LE CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE DE DBS	CODES '2' OR '3' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE '1' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 214)	CODES '2' OR '3' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE '1' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 214)	CODES '2' OR '3' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE '1' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 214)
213D	VÉRIFIEZ 213B: ENQUÊTÉE ADULTE A ACCORDÉ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE VIH À DOMICILE	CODE '1' ENCERCLÉ ..... 1 (ALLEZ À 229) CODES '2' OU '3' ENCERCLI.. 2 (ALLEZ À 238)	CODE '1' ENCERCLÉ ..... 1 (ALLEZ À 229) CODES '2' OU '3' ENCERCLI.. 2 (ALLEZ À 238)	CODE '1' ENCERCLÉ ..... 1 (ALLEZ À 229) CODES '2' OU '3' ENCERCLI.. 2 (ALLEZ À 238)
<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE ADULTE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES</b>				
214	<b>TEST SUPPLÉMENTAIRE:</b> DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉE ADULTE LE CONSENTEMENT POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES	<p>Nous vous demandons d'autoriser l'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels test pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre de vous identifier. Vous n'êtes pas obligée d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, vous pouvez quand même participer au test du VIH dans le cadre de cette enquête.</p> <p>Est-ce-que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des recherches ou tests supplémentaires ?</p>		
215	<b>TEST SUPPLÉMENTAIRE:</b> ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE A REFUS..... 2 _____ (SIGNEZ ET ALLEZ À 229)	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE A REFUS..... 2 _____ (SIGNEZ ET ALLEZ À 229)	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE A REFUS..... 2 _____ (SIGNEZ ET ALLEZ À 229)
216	INSCRIVEZ LE NOM DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ADOLESCENTE .	NOM _____	NOM _____	NOM _____

**CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST DE VIH**

221	<p><b>COLLECTE DE DBS:</b> DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR LA COLLECTE DE DBS</p>	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de donner du sang pour le test du VIH dans un laboratoire. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir l'ampleur du problème de sida au Cameroun.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Le sang sera recueilli sur une carte de papier filtre. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera écrit sur le papier filtre, nous ne pourrions donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) à donner du sang sur une carte de papier filtre pour le test du VIH dans un laboratoire ?</p>		
222	<p><b>COLLECTE DE DBS:</b> ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO DE TECHNICIEN DE SANTÉ.</p>	<p>COLLECTE DE DBS, ACCORD 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2</p> <p>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN DE SANTÉ)</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p>	<p>COLLECTE DE DBS, ACCORD 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2</p> <p>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN DE SANTÉ)</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p>	<p>COLLECTE DE DBS, ACCORD 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2</p> <p>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN DE SANTÉ)</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p>
222A	<p><b>TEST DE VIH À DOMICILE:</b> DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR LE TEST DE VIH À DOMICILE</p>	<p>Si (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) veut savoir si elle a ou non le VIH maintenant, je peux lui faire un test rapide et lui fournir le résultat du test. Le test est gratuit et nous offrons des conseils avant et après le test.</p> <p>Pour le test rapide du VIH, on a besoin de (plus de) gouttes de sang d'un doigt. On utilisera les mêmes tests rapides que ceux utilisés dans les hôpitaux au Cameroun. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. On utilise deux types de test pour déterminer le résultat du VIH et le résultat du test est disponible dans 20 à 30 minutes.</p> <p>Si le test est positif, je vais vous fournir à (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) un formulaire de référence pour aller à l'établissement de santé le plus proche pour un suivi auprès des techniciens de santé, comme le recommande le Ministère de la Santé.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) à donner du sang pour le test rapide du VIH ?</p>		
222B	<p><b>TEST DE VIH À DOMICILE:</b> ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.</p>	<p>TEST DE VIH, ACCORDÉ ... 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2</p> <p>(SIGNATURE)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p>	<p>TEST DE VIH, ACCORDÉ ... 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2</p> <p>(SIGNATURE)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p>	<p>TEST DE VIH, ACCORDÉ ... 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2</p> <p>(SIGNATURE)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p>
222C	<p>VÉRIFIEZ 222 ET 222B: CONSENTEMENT POUR COLLECTE DE DBS OU TEST DE VIH À DOMICILE ACCORDÉ.</p>	<p>AU MOINS UN PAS UN CODE '1' SEUL CODE '1' ENCERCLÉ ENCLERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 238)</p>	<p>AU MOINS UN PAS UN CODE '1' SEUL CODE '1' ENCERCLÉ ENCLERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 238)</p>	<p>AU MOINS UN PAS UN CODE '1' SEUL CODE '1' ENCERCLÉ ENCLERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 238)</p>
222D	<p>VÉRIFIEZ 222: CONSENTEMENT POUR COLLECTE DE DBS ACCORDÉ.</p>	<p>CODE '1' CODE '1' ENCERCLÉ PAS ENCLERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 224B)</p>	<p>CODE '1' CODE '1' ENCERCLÉ PAS ENCLERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 224B)</p>	<p>CODE '1' CODE '1' ENCERCLÉ PAS ENCLERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 224B)</p>

**CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST DE VIH**

223	<p><b>COLLECTE DE DBS:</b> DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LA COLLECTE DE DBS</p>	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de donner du sang pour le test du VIH dans un laboratoire. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir l'ampleur du problème de sida au Cameroun.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Le sang sera recueilli sur une carte de papier filtre. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera écrit sur le papier filtre, nous ne pourrons donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Voulez-vous donner du sang sur une carte de papier filtre pour le test du VIH dans un laboratoire ?</p>		
224	<p><b>COLLECTE DE DBS:</b> ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.</p>	<p>COLLECTE DE DBS, ACCORD 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ ..... 2</p> <p>(SIGNATURE)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p>	<p>COLLECTE DE DBS, ACCORD 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ ..... 2</p> <p>(SIGNATURE)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p>	<p>COLLECTE DE DBS, ACCORD 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ ..... 2</p> <p>(SIGNATURE)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p>
224A	<p>VÉRIFIEZ 222B: CONSENTEMENT POUR LE TEST DE VIH À DOMICILE ACCORDÉ.</p>	<p>CODE '1' PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 224D)</p>	<p>CODE '1' PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 224D)</p>	<p>CODE '1' PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 224D)</p>
224B	<p><b>TEST DE VIH À DOMICILE:</b> DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST DE VIH À DOMICILE</p>	<p>Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH maintenant, je peux vous faire un test rapide et vous fournir le résultat du test. Le test est gratuit et nous offrons des conseils avant et après le test.</p> <p>Pour le test rapide du VIH, on a besoin de (plus de) gouttes de sang d'un doigt. On utilisera les mêmes tests rapides que ceux utilisés dans les hôpitaux au Cameroun. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. On utilise deux types de test pour déterminer le résultat du VIH et le résultat du test est disponible dans 20 à 30 minutes.</p> <p>Si le test est positif, je vais vous fournir un formulaire de référence pour aller à l'établissement de santé le plus proche pour un suivi auprès des techniciens de santé, comme le recommande le Ministère de la Santé.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Voulez-vous donner du sang pour le test rapide du VIH ?</p>		
224C	<p><b>TEST DE VIH À DOMICILE:</b> ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.</p>	<p>TEST DE VIH, ACCORDÉ ... 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ ..... 2</p> <p>(SIGNATURE)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p>	<p>TEST DE VIH, ACCORDÉ ... 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ ..... 2</p> <p>(SIGNATURE)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p>	<p>TEST DE VIH, ACCORDÉ ... 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ ..... 2</p> <p>(SIGNATURE)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p>
224D	<p>VÉRIFIEZ 222 ET 224: CONSENTEMENT POUR COLLECTE DE DBS ACCORDÉ PAR PARENT/ADULTE</p>	<p>LES DEUX PAS UN CODE '1' SEUL CODE '1' ENCERCLÉ ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 229)</p>	<p>LES DEUX PAS UN CODE '1' SEUL CODE '1' ENCERCLÉ ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 229)</p>	<p>LES DEUX PAS UN CODE '1' SEUL CODE '1' ENCERCLÉ ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 229)</p>

**CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES**

225	<b>TEST SUPPLÉMENTAIRE:</b> DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES	<p>Nous vous demandons d'autoriser l'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre d'identifier (NOM DE LA PERSONNE MINEURE). Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) peut quand même participer au test du VIH de cette enquête.</p>		
226	<b>TEST SUPPLÉMENTAIRE:</b> ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ ..... 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2  _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 229)	ACCORDÉ ..... 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2  _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 229)	ACCORDÉ ..... 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2  _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 229)

**CONSENTEMENT DE L'ENQUETEE MINEURE POUR DES TESTS SUPPLEMENTAIRES**

227	<b>TEST SUPPLÉMENTAIRE:</b> DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES	<p>Nous vous demandons d'autoriser l'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre de vous identifier. Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, vous pouvez quand même participer au test du VIH dans le cadre de cette enquête.</p> <p>Est-ce que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des tests supplémentaires ?</p>		
228	<b>TEST SUPPLÉMENTAIRE:</b> ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ ..... 2  _____ (SIGNATURE)	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ ..... 2  _____ (SIGNATURE)	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ ..... 2  _____ (SIGNATURE)
229	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.			
230	TESTS SUPPLÉMENT-	SI ENQUÊTÉE ADULTE, VÉRIFIEZ 215; SI ENQUÊTÉE MINEURE, VÉRIFIEZ 226 ET 228.  SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE	SI ENQUÊTÉE ADULTE, VÉRIFIEZ 215; SI ENQUÊTÉE MINEURE, VÉRIFIEZ 226 ET 228.  SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE	SI ENQUÊTÉE ADULTE, VÉRIFIEZ 215; SI ENQUÊTÉE MINEURE, VÉRIFIEZ 226 ET 228.  SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE
232	PLACEZ ÉTIQUETTE CODE BARRE.	COLLEZ LA 1 <sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE.  ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996  COLLEZ LA 2 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3 <sup>e</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	COLLEZ LA 1 <sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE.  ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996  COLLEZ LA 2 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3 <sup>e</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	COLLEZ LA 1 <sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE.  ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996  COLLEZ LA 2 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3 <sup>e</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.

233	ENREGISTREZ LE RESULTAT DU TDR "DETERMINE HIV 1/2" ICI.	DETERMINE RÉACTIF . . . . 1 DETERMINE NON-RÉACTIF . 2 (ALLEZ À 236) ←  ABSENT . . . . . 3 REFUS . . . . . 4 AUTRE . . . . . 5 (ALLEZ À 238) ←	DETERMINE RÉACTIF . . . . 1 DETERMINE NON-RÉACTIF . 2 (ALLEZ À 236) ←  ABSENT . . . . . 3 REFUS . . . . . 4 AUTRE . . . . . 5 (ALLEZ À 238) ←	DETERMINE RÉACTIF . . . . 1 DETERMINE NON-RÉACTIF . 2 (ALLEZ À 236) ←  ABSENT . . . . . 3 REFUS . . . . . 4 AUTRE . . . . . 5 (ALLEZ À 238) ←
234	ENREGISTREZ LE RESULTAT DU TDR "UNI-GOLD" ICI.	UNIGOLD RÉACTIF . . . . 1 UNIGOLD NON-RÉACTIF . 2 (ALLEZ À 237) ←  ABSENT . . . . . 3 REFUS . . . . . 4 AUTRE . . . . . 5 (ALLEZ À 238) ←	UNIGOLD RÉACTIF . . . . 1 UNIGOLD NON-RÉACTIF . 2 (ALLEZ À 237) ←  ABSENT . . . . . 3 REFUS . . . . . 4 AUTRE . . . . . 5 (ALLEZ À 238) ←	UNIGOLD RÉACTIF . . . . 1 UNIGOLD NON-RÉACTIF . 2 (ALLEZ À 237) ←  ABSENT . . . . . 3 REFUS . . . . . 4 AUTRE . . . . . 5 (ALLEZ À 238) ←
235	<b>VÉRIFIEZ 233 ET 234: RÉSULTAT RÉACTIF POUR DÉTERMINER VIH 1/2 ET UNIGOLD</b> INFORMEZ L'ENQUÊTÉE DE SON STATUT VIH POSITIF ET FOURNISSEZ LE CONSEIL APRÈS TEST. DANS LE CADRE DE CES CONSEILS APRÈS-TEST, FOURNISSEZ ÉGALEMENT UNE FICHE DE RÉFÉRENCE À UN ETABLISSEMENT DE SANTÉ LE PLUS PROCHE OÙ LES SERVICES DE SOINS ET TRAITEMENT DU VIH SONT HABITUELLEMENT EFFECTUÉS.  ALLEZ À 238			
236	<b>VÉRIFIEZ 233: RÉSULTAT NON-RÉACTIF SUR DETERMINE HIV 1/2</b> INFORMEZ L'ENQUÊTÉE DE SON STATUT VIH NÉGATIF ET FOURNISSEZ LE CONSEIL APRÈS TEST.  ALLEZ À 238			
237	<b>VÉRIFIEZ 233 ET 234: RÉSULTAT RÉACTIF SUR DETERMINE HIV 1/2 ET RÉSULTAT NON-RÉACTIF SUR UNIGOLD</b> INFORMEZ L'ENQUÊTÉE DE SON RÉSULTAT DE SON STATUT VIH INDÉTERMINÉ ET FOURNISSEZ LE CONSEIL APRÈS TEST. DANS LE CADRE DE CES CONSEILS APRÈS-TEST, RECOMMANDE À L'ENQUÊTÉE D'ATTENDRE 14 JOURS PUIS DE FAIR UN SUIVI DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTÉ LE PLUS PROCHE OÙ LES SERVICES DE SOINS ET TRAITEMENT DU VIH SONT HABITUELLEMENT EFFECTUÉS.			
238	RETOURNEZ À 202 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIÈRE COLONNE D'UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE; SI PLUS DE FEMMES, ALLEZ À 301.			

**TEST DU VIH POUR LES HOMMES DE 15-64 ANS**

301	VÉRIFIER LA COLONNE 10 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÂGE ET LE STATUT MATRIMONIAL DE TOUS LES HOMMES ÉLIGIBLES AUX QUESTIONS 302, 303 ET 304. S'IL Y A PLUS DE 3 HOMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
302	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE :  NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 10.  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 _____
303	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 7 (ÂGE) :	15-17 ANS ..... 1 18-64 ANS ..... 2 (ALLEZ À 312) ←	15-17 ANS ..... 1 18-64 ANS ..... 2 (ALLEZ À 312) ←	15-17 ANS ..... 1 18-64 ANS ..... 2 (ALLEZ À 312) ←
304	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 8 (STATUT	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 (ALLEZ À 316) ← AUTRE ..... 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 (ALLEZ À 316) ← AUTRE ..... 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 (ALLEZ À 316) ← AUTRE ..... 2

**CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTE ADULTE POUR LE TEST DE VIH**

312	<b>COLLECTE DE DBS:</b> DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉ ADULT LE CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE DE DBS	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de donner du sang pour le test du VIH dans un laboratoire. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir l'ampleur du problème de sida au Cameroun.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Le sang sera recueilli sur une carte de papier filtre. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera écrit sur le papier filtre, nous ne pourrions donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Voulez-vous donner du sang sur une carte de papier filtre pour le test du VIH dans un laboratoire ?</p>		
313	<b>COLLECTE DE DBS:</b> ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO DE TECHNICIEN DE	COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ A REFUSÉ ..... 2 ← (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN DE SANTÉ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE/AUTRE ..... 3	COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ A REFUSÉ ..... 2 ← (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN DE SANTÉ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE/AUTRE ..... 3	COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ A REFUSÉ ..... 2 ← (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN DE SANTÉ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE/AUTRE ..... 3

HIV TESTING FOR MEN AGE 15-64

		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____
313A	<b>TEST DE VIH À DOMICILE:</b> DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉ ADULTE LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE VIH À DOMICILE	<p>Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH maintenant, je peux vous faire un test rapide et vous fournir le résultat du test. Le test est gratuit et nous offrons des conseils avant et après le test.</p> <p>Pour le test rapide du VIH, on a besoin de (plus de) gouttes de sang d'un doigt. On utilisera les mêmes tests rapides que ceux utilisés dans les hôpitaux au Cameroun. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. On utilise deux types de test pour déterminer le résultat du VIH et le résultat du test est disponible dans 20 à 30 minutes.</p> <p>Si le test est positif, je vais vous fournir un formulaire de référence pour aller à l'établissement de santé le plus proche pour un suivi auprès des techniciens de santé, comme le recommande le Ministère de la Santé.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Voulez-vous donner du sang pour le test rapide du VIH ?</p>		
313B	<b>TEST DE VIH À DOMICILE:</b> ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	TEST DE VIH, ACCORDÉ ... 1 ENQUÊTÉE A REFUSÉ ... 2 _____ (SIGNATURE) ABSENTE/AUTRE .... 3	TEST DE VIH, ACCORDÉ ... 1 ENQUÊTÉE A REFUSÉ ... 2 _____ (SIGNATURE) ABSENTE/AUTRE .... 3	TEST DE VIH, ACCORDÉ ... 1 ENQUÊTÉE A REFUSÉ ... 2 _____ (SIGNATURE) ABSENTE/AUTRE .... 3
313C	VÉRIFIEZ 313: ENQUÊTÉ ADULTE A ACCORDÉ LE CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE DE DBS	CODES '2' OR '3' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE '1' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 314)	CODES '2' OR '3' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE '1' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 314)	CODES '2' OR '3' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE '1' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 314)
313D	VÉRIFIEZ 313B: ENQUÊTÉ ADULTE A ACCORDÉ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE VIH À DOMICILE	CODE '1' ENCERCLÉ ..... 1 (ALLEZ À 329) CODES '2' OU '3' ENCERCLI.. 2 (ALLEZ À 338)	CODE '1' ENCERCLÉ ..... 1 (ALLEZ À 329) CODES '2' OU '3' ENCERCLI.. 2 (ALLEZ À 338)	CODE '1' ENCERCLÉ ..... 1 (ALLEZ À 329) CODES '2' OU '3' ENCERCLI.. 2 (ALLEZ À 338)
<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ ADULTE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES</b>				
314	<b>TEST SUPPLÉMENTAIRE:</b> DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉ ADULTE LE CONSENTEMENT POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES	<p>Nous vous demandons d'autoriser l'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels test pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre de vous identifier. Vous n'êtes pas obligée d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, vous pouvez quand même participer au test du VIH dans le cadre de cette enquête.</p> <p>Est-ce que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des tests supplémentaires ?</p>		
315	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉ A REFUSÉ..... 2 _____ (SIGNEZ ET ALLEZ À 329)	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉ A REFUSÉ..... 2 _____ (SIGNEZ ET ALLEZ À 329)	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉ A REFUSÉ..... 2 _____ (SIGNEZ ET ALLEZ À 329)
316	INSCRIVEZ LE NOM DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ADOLESCENT.	NOM _____	NOM _____	NOM _____

**CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST DE VIH**

321	<p><b>COLLECTE DE DBS:</b> DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR LA COLLECTE DE DBS</p>	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de donner du sang pour le test du VIH dans un laboratoire. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir l'ampleur du problème de sida au Cameroun.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Le sang sera recueilli sur une carte de papier filtre. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera écrit sur le papier filtre, nous ne pourrions donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?          Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.          Autorisez-vous (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) à donner du sang sur une carte de papier filtre pour le test du VIH dans un laboratoire ?</p>		
322	<p><b>COLLECTE DE DBS:</b> ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO DE TECHNICIEN DE</p>	<p>COLLECTE DE DBS, ACCORD 1          PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE          A REFUSÉ ..... 2</p> <p>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN DE SANTÉ)</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p>	<p>COLLECTE DE DBS, ACCORD 1          PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE          A REFUSÉ ..... 2</p> <p>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN DE SANTÉ)</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p>	<p>COLLECTE DE DBS, ACCORD 1          PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE          A REFUSÉ ..... 2</p> <p>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN DE SANTÉ)</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p>
322A	<p><b>TEST DE VIH À DOMICILE:</b> DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR LE TEST DE VIH À DOMICILE</p>	<p>Si (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) veut savoir si il a ou non le VIH maintenant, je peux lui faire un test rapide et lui fournir le résultat du test. Le test est gratuit et nous offrons des conseils avant et après le test.</p> <p>Pour le test rapide du VIH, on a besoin de (plus de) gouttes de sang d'un doigt. On utilisera les mêmes tests rapides que ceux utilisés dans les hôpitaux au Cameroun. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. On utilise deux types de test pour déterminer le résultat du VIH et le résultat du test est disponible dans 20 à 30 minutes.</p> <p>Si le test est positif, je vais vous fournir à (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) un formulaire de référence pour aller à l'établissement de santé le plus proche pour un suivi auprès des techniciens de santé, comme le recommande le Ministère de la Santé.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?          Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.          Autorisez-vous (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) à donner du sang pour le test rapide du VIH ?</p>		
322B	<p><b>TEST DE VIH À DOMICILE:</b> ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.</p>	<p>TEST DE VIH, ACCORDÉ ... 1          PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE          A REFUSÉ ..... 2</p> <p>(SIGNATURE)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p>	<p>TEST DE VIH, ACCORDÉ ... 1          PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE          A REFUSÉ ..... 2</p> <p>(SIGNATURE)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p>	<p>TEST DE VIH, ACCORDÉ ... 1          PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE          A REFUSÉ ..... 2</p> <p>(SIGNATURE)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p>
322C	<p>VÉRIFIEZ 322 ET 322B: CONSENTEMENT POUR COLLECTE DE DBS OU TEST DE VIH À DOMICILE ACCORDÉ.</p>	<p>AU MOINS UN PAS UN CODE '1' SEUL CODE '1' ENCERCLÉ ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> (ALLEZ À 338)</p>	<p>AU MOINS UN PAS UN CODE '1' SEUL CODE '1' ENCERCLÉ ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> (ALLEZ À 338)</p>	<p>AU MOINS UN PAS UN CODE '1' SEUL CODE '1' ENCERCLÉ ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> (ALLEZ À 338)</p>
322D	<p>VÉRIFIEZ 322: CONSENTEMENT POUR COLLECTE DE DBS ACCORDÉ.</p>	<p>CODE '1' PAS ENCERCLÉ ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> (ALLEZ À 324B)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p>	<p>CODE '1' PAS ENCERCLÉ ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> (ALLEZ À 324B)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p>	<p>CODE '1' PAS ENCERCLÉ ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> (ALLEZ À 324B)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p>

**CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTE MINEUR POUR LE TEST DE VIH**

323	<p><b>COLLECTE DE DBS:</b> DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ MINEUR POUR LA COLLECTE DE DBS</p>	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de donner du sang pour le test du VIH dans un laboratoire. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir l'ampleur du problème de sida au Cameroun.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Le sang sera recueilli sur une carte de papier filtre. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera écrit sur le papier filtre, nous ne pourrions donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?          Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.          Voulez-vous donner du sang sur une carte de papier filtre pour le test du VIH dans un laboratoire ?</p>		
324	<p><b>COLLECTE DE DBS:</b> ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.</p>	<p>COLLECTÉ DE DBS, ACCORDÉ 1          ENQUÊTÉ MINEUR          A REFUSÉ ..... 2</p> <p>_____ (SIGNATURE)</p> <p>ABSENTE/AUTRI..... 3</p>	<p>COLLECTÉ DE DBS, ACCORDÉ 1          ENQUÊTÉ MINEUR          A REFUSÉ ..... 2</p> <p>_____ (SIGNATURE)</p> <p>ABSENTE/AUTRI..... 3</p>	<p>COLLECTÉ DE DBS, ACCORDÉ 1          ENQUÊTÉ MINEUR          A REFUSÉ ..... 2</p> <p>_____ (SIGNATURE)</p> <p>ABSENTE/AUTRI..... 3</p>
324A	<p>VÉRIFIEZ 322B: CONSENTEMENT POUR LE TEST DE VIH À DOMICILE ACCORDÉ.</p>	<p>CODE '1' ENCERCLÉ PAS ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 324D)</p>	<p>CODE '1' ENCERCLÉ PAS ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 324D)</p>	<p>CODE '1' ENCERCLÉ PAS ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 324D)</p>
324B	<p><b>TEST DE VIH À DOMICILE:</b> DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ MINEUR POUR LE TEST DE VIH À DOMICILE</p>	<p>Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH maintenant, je peux vous faire un test rapide et vous fournir le résultat du test. Le test est gratuit et nous offrons des conseils avant et après le test.</p> <p>Pour le test rapide du VIH, on a besoin de (plus de) gouttes de sang d'un doigt. On utilisera les mêmes tests rapides que ceux utilisés dans les hôpitaux au Cameroun. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. On utilise deux types de test pour déterminer le résultat du VIH et le résultat du test est disponible dans 20 à 30 minutes.</p> <p>Si le test est positif, je vais vous fournir un formulaire de référence pour aller à l'établissement de santé le plus proche pour un suivi auprès des techniciens de santé, comme le recommande le Ministère de la Santé.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?          Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.          Voulez-vous donner du sang pour le test rapide du VIH ?</p>		
324C	<p><b>TEST DE VIH À DOMICILE:</b> ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.</p>	<p>TEST DE VIH, ACCORDÉ ... 1          PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE          A REFUSÉ ..... 2</p> <p>_____ (SIGNATURE)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p>	<p>TEST DE VIH, ACCORDÉ ... 1          PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE          A REFUSÉ ..... 2</p> <p>_____ (SIGNATURE)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p>	<p>TEST DE VIH, ACCORDÉ ... 1          PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE          A REFUSÉ ..... 2</p> <p>_____ (SIGNATURE)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p>
324D	<p>VÉRIFIEZ 322 ET 324: CONSENTEMENT POUR COLLECTE DE DBS ACCORDÉ PAR PARENT/ADULTE</p>	<p>LES DEUX CODE '1' ENCERCLÉ PAS UN SEUL CODE '1' ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 329)</p>	<p>LES DEUX CODE '1' ENCERCLÉ PAS UN SEUL CODE '1' ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 329)</p>	<p>LES DEUX CODE '1' ENCERCLÉ PAS UN SEUL CODE '1' ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 329)</p>

**CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES**

325	<b>TEST SUPPLÉMENTAIRE:</b> DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES	<p>Nous vous demandons d'autoriser l'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre d'identifier (NOM DE LA PERSONNE MINEURE). Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) peut quand même participer au test du VIH de cette enquête.</p>		
326	<b>TEST SUPPLÉMENTAIRE:</b> ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ ..... 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 329)	ACCORDÉ ..... 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 329)	ACCORDÉ ..... 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 329)

**CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTE MINEUR POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES**

327	<b>TEST SUPPLÉMENTAIRE:</b> DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES	<p>Nous vous demandons d'autoriser l'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre de vous identifier. Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, vous pouvez quand même participer au test du VIH dans le cadre de cette enquête.</p> <p>Est-ce-que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des tests supplémentaires ?</p>		
328	<b>TEST SUPPLÉMENTAIRE:</b> ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ ..... 2 _____ (SIGNATURE)	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ ..... 2 _____ (SIGNATURE)	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ ..... 2 _____ (SIGNATURE)
329	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.			
330	TESTS SUPPLÉMENT-	SI ENQUÊTÉ ADULTE, VÉRIFIEZ 315; SI ENQUÊTÉ MINEUR, VÉRIFIEZ 326 ET 328.  SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE	SI ENQUÊTÉ ADULTE, VÉRIFIEZ 315; SI ENQUÊTÉ MINEUR, VÉRIFIEZ 326 ET 328.  SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE	SI ENQUÊTÉ ADULTE, VÉRIFIEZ 315; SI ENQUÊTÉ MINEUR, VÉRIFIEZ 326 ET 328.  SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE
332	PLACEZ ÉTIQUETTE CODE BARRE.	COLLEZ LA 1 <sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE.  ABSENT ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996  COLLEZ LA 2 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3 <sup>e</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	COLLEZ LA 1 <sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE.  ABSENT ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996  COLLEZ LA 2 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3 <sup>e</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	COLLEZ LA 1 <sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE.  ABSENT ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996  COLLEZ LA 2 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3 <sup>e</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.
333	ENREGISTREZ LE RESULTAT DU TDR "DETERMINE HIV 1/2" ICI.	DETERMINE RÉACTIF ... 1 DETERMINE NON-RÉACTIF ... 2 (ALLEZ À 336) ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 5 (ALLEZ À 338)	DETERMINE RÉACTIF ... 1 DETERMINE NON-RÉACTIF ... 2 (ALLEZ À 336) ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 5 (ALLEZ À 338)	DETERMINE RÉACTIF ... 1 DETERMINE NON-RÉACTIF ... 2 (ALLEZ À 336) ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 5 (ALLEZ À 338)

334	ENREGISTREZ LE RESULTAT DU TDR "UNI-GOLD" ICI.	UNIGOLD RÉACTIF . . . . 1 UNIGOLD NON-RÉACTIF . 2 } (ALLEZ À 337) ← ABSENT . . . . . 3 } REFUS . . . . . 4 } AUTRE . . . . . 5 } (ALLEZ À 338) ←	UNIGOLD RÉACTIF . . . . 1 UNIGOLD NON-RÉACTIF . 2 } (ALLEZ À 337) ← ABSENT . . . . . 3 } REFUS . . . . . 4 } AUTRE . . . . . 5 } (ALLEZ À 338) ←	UNIGOLD RÉACTIF . . . . 1 UNIGOLD NON-RÉACTIF . 2 } (ALLEZ À 337) ← ABSENT . . . . . 3 } REFUS . . . . . 4 } AUTRE . . . . . 5 } (ALLEZ À 338) ←
335	<b>VÉRIFIEZ 333 ET 334:</b> RÉSULTAT RÉACTIF POUR DÉTERMINER VIH 1/2 ET UNIGOLD  INFORMEZ L'ENQUÊTÉ DE SON STATUT VIH POSITIF ET FOURNISSEZ LE CONSEIL APRÈS TEST. DANS LE CADRE DE CES CONSEILS APRÈS-TEST, FOURNISSEZ ÉGALEMENT UNE FICHE DE RÉFÉRENCE À UN ETABLISSEMENT DE SANTÉ LE PLUS PROCHE OÙ LES SERVICES DE SOINS ET TRAITEMENT DU VIH SONT HABITUELLEMENT EFFECTUÉS.  ALLEZ À 338			
336	<b>VÉRIFIEZ 333:</b> RÉSULTAT NON-RÉACTIF SUR DETERMINE HIV 1/2  INFORMEZ L'ENQUÊTÉ DE SON STATUT VIH NÉGATIF ET FOURNISSEZ LE CONSEIL APRÈS TEST.  ALLEZ À 338			
337	<b>VÉRIFIEZ 333 ET 334:</b> RÉSULTAT RÉACTIF SUR DETERMINE HIV 1/2 ET RÉSULTAT NON-RÉACTIF SUR UNIGOLD  INFORMEZ L'ENQUÊTÉ DE SON RÉSULTAT DE SON STATUT VIH INDÉTERMINÉ ET FOURNISSEZ LE CONSEIL APRÈS TEST. DANS LE CADRE DE CES CONSEILS APRÈS-TEST, RECOMMANDE À L'ENQUÊTÉE D'ATTENDRE 14 JOURS PUIS DE FAIR UN SUIVI DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTÉ LE PLUS PROCHE OÙ LES SERVICES DE SOINS ET TRAITEMENT DU VIH SONT HABITUELLEMENT EFFECTUÉS.			
338	RETOURNEZ À 302 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIÈRE COLONNE D'UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE; SI PLUS D'HOMMES, TERMINEZ L'INTERVIEW.			

