

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ AU BURKINA FASO (EDSBF 2021)
QUESTIONNAIRE BIOMARQUEUR

IDENTIFICATION				
NOM DE LA LOCALITÉ _____				
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____				
NUMÉRO DE GRAPPE				<input type="text"/>
NUMÉRO DE CONCESSION				<input type="text"/>
NUMÉRO DE MÉNAGE				<input type="text"/>
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME? (1=OUI, 2=NON)				
VISITES DU TECHNICIEN DE SANTÉ				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR <input type="text"/>
NOM DU TECHNICIEN DE SANTÉ	_____	_____	_____	MOIS <input type="text"/>
				ANNÉE 2 0 2 1
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="text"/>
	HEURE	_____		
NOTES:				TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <input type="text"/>

_____				TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES <input type="text"/>

LANGUE DU QUESTIONNAIRE** 0 1 LANGUE DE L'INTERVIEW** <input type="text"/> <input type="text"/> LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTE** <input type="text"/> <input type="text"/> INTERPRÈTE (OUI = 1, NON = 2) <input type="text"/>				
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** FRANÇAIS **CODES LANGUES :				
01 FRANÇAIS 05 GULMANTCHEMA 02 MOORE 06 BISSA 96 AUTRES 03 PEUHL/FULFULDE 07 DAGARA 04 DIOULA _____ (PRÉCISEZ)				
ÉQUIPE		CHEF D'ÉQUIPE		CONTRÔLEUR CAPI
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NUMÉRO		NOM		NUMÉRO
		<input type="text"/>		<input type="text"/>
		NUMÉRO		NUMÉRO

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-4 ANS

101	VÉRIFIEZ LA "LISTE DES INDIVIDUS/BIOMARQUEURS ÉLIGIBLES" FOURNIE PAR CAPI. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À LA QUESTION 102 SUR CETTE PAGE ET SUR LES PAGES SUIVANTES EN COMMENÇANT PAR LE PREMIER ENFANT SUR LA LISTE. S'IL Y A PLUS DE TROIS ENFANTS, UTILISER UN (DES) QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S).		
	ENFANT 1		ALLEZ À
102	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI: ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L' ENFANT.	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>	
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L' ENFANT (JOUR , MOIS ET ANNÉE) DE L'HISTORIQUE DES GROSSESSES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ L'ÂGE DE L'ENFANT À PARTIR DE L'HISTORIQUE DES GROSSESSES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? COMPAREZ ET CORRIGEZ 103 ET/OU 104 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/>	
105	VÉRIFIEZ 104 : L'ENFANT A 0-4 ANS? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 140
106	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	→ 108
107	L'ENFANT ÉTAIT-IL HABILLÉ LÉGÈREMENT?	OUI 1 NON 2	
108	TAILLE EN CENTIMÈTRES. SI L' ENFANT A 0-1 AN, MESUREZ EN POSITION ALLONGÉE. SI L' ENFANT A 2, 3, OU 4 ANS, MESUREZ EN POSITION DEBOUT.	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	→ 113
109	L'ENFANT A T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION ALLONGÉE OU DEBOUT?	ALLONGÉE 1 DEBOUT 2	
110	VÉRIFIEZ 104 ET 109: SUR LA BASE DE L'ÂGE DE L'ENFANT, LA PROCÉDURE CORRECTE POUR LA MESURE A T-ELLE ÉTÉ SUIVIE ?	OUI 1 NON 2	→ 112
111	SI L'ENFANT A 0-1 AN : POURQUOI (NOM) A-T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION DEBOUT? SI L'ENFANT A 2-4 ANS : POURQUOI (NOM) A-T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION ALLONGÉE? _____ _____		
112	LA MESURE ENREGISTRÉE A-T-ELLE ÉTÉ GÊNÉE PAR DES CHEVEUX TRESSÉS OU COIFFÉS ?	OUI 1 NON 2	

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-4 ANS

	ENFANT 1		ALLEZ À										
113	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ MESUREUR.	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ											
114	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ ASSISTANT MESUREUR	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ											
115	DATE DU JOUR	JOUR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>											
116	INSCRIVEZ LA TAILLE/LONGUEUR ET LE POIDS DANS LA BROCHURE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE, L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.												
117	VÉRIFIEZ 103 : L'ENFANT A-T-IL 0-5 MOIS OU PLUS ÂGÉ ?	PLUS ÂGÉ <input type="checkbox"/> 0-5 MOIS <input type="checkbox"/>	→ 140										
118	INSCRIVEZ LE NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNI. . . . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>											
119	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LES TESTS DE PALUDISME ET D'ANÉMIE : Dans cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme et un test pour vérifier s'ils ont ou non de l'anémie. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, de paludisme ou d'autres infections ou de maladie chronique. Cette enquête aidera à développer des programmes pour prévenir et traiter le paludisme et l'anémie. Nous demandons que tous les enfants âgés de 6 mois à 4 ans participent aux tests de paludisme et d'anémie. Les tests nécessitent quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. L'équipement utilisé pour prendre le sang est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test. Le sang sera immédiatement testé pour le paludisme et l'anémie et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyées à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête. Avez-vous des questions à me poser ?												
120	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ 1 REFUS 2 PAS PRÉSENT/AUTRE 3	→ 123										
121	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ	_____ (SIGNATURE) <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ											

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-4 ANS

ENFANT 1		ALLEZ À																											
122	SI LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU, PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES POUR LES TESTS ET CONTINUEZ AVEC LES TESTS.																												
123	COLLEZ LA 1 ^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DU PALUDISME AU LABORATOIRE DANS L'ESPACE À DROITE. COLLEZ LA 2 ^e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME CORRESPONDANTE ET LA 3 ^e ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;"> COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI </div> PAS PRÉSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996																											
124	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE, L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PAS PRÉSENT994 REFUS995 AUTRE996																											
125	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE, L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF 1 NÉGATIF 2 PAS PRÉSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6																											
126	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants : a) Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême? b) Problèmes cardiaques? c) Perte de conscience? d) Respiration difficile ou rapide ? e) Convulsions ? f) Saignements anormaux ? g) Jaunisse ou peau jaunâtre ? h) Urines foncées ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PROSTRATION</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b) PROBLÈMES CARDIAQUES</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>c) PERTE CONSCIENCE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>e) CONVULSIONS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>f) SAIGNEMENTS ANORMAUX</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>h) URINE FONCÉES</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	a) PROSTRATION	1	2	b) PROBLÈMES CARDIAQUES	1	2	c) PERTE CONSCIENCE	1	2	d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE	1	2	e) CONVULSIONS	1	2	f) SAIGNEMENTS ANORMAUX	1	2	g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE	1	2	h) URINE FONCÉES	1	2
	OUI	NON																											
a) PROSTRATION	1	2																											
b) PROBLÈMES CARDIAQUES	1	2																											
c) PERTE CONSCIENCE	1	2																											
d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE	1	2																											
e) CONVULSIONS	1	2																											
f) SAIGNEMENTS ANORMAUX	1	2																											
g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE	1	2																											
h) URINE FONCÉES	1	2																											
127	VÉRIFIEZ 126: Y A-T-IL UN 'OUI' NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	→ 129																											
128	VÉRIFIEZ 124 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 AUTRE 6																											
129	<u>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE.</u> Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme sévère. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené tout de suite dans un établissement de santé. ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DU PALUDISME SÉVÈRE.	→ 137																											
130	Au cours des 2 dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la CTA donnée par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI 1 NON 2																											

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-4 ANS

ENFANT 1		ALLEZ À															
131	<p>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ DE LA CTA. Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu de la CTA pour le paludisme. Je ne peux donc pas vous donner de la 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 la CTA, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens approfondis.</p>	→ 139															
132	<p>LIRE LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.</p> <p>Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé CTA. La CTA est très efficace et d'ici quelques jours, il n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de donner le médicament à l'enfant. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plait, si vous acceptez, ou non, le médicament.</p>																
133	<p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p>	<p>MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 AUTRE 6</p>	→ 139														
134	<p>SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ</p>	<p>_____ (SIGNATURE)</p> <p>□ □ □ □ NUMERO DU TECHNICIEN DE SANTÉ</p>															
135	<p>VÉRIFIEZ 133: MÉDICAMENT ACCEPTÉ ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>		→ 139														
136	<p>LISEZ LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE</p> <p style="text-align: center;">Traitement avec de combinaison de l'Artéméther-Luméfantine (AL)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ÂGE</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>Moins de 3 ans (Plaquette à Bande Rose)</td> <td>1 Comprimé deux fois par jour</td> <td>1 Comprimé deux fois par jour</td> <td>1 Comprimé deux fois par jour</td> </tr> <tr> <td>De 3 à 5 ans (Plaquette à Bande Violette)</td> <td>2 Comprimés deux fois par jour</td> <td>2 Comprimés deux fois par jour</td> <td>2 Comprimés deux fois par jour</td> </tr> </tbody> </table> <p>DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les 2 jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p>	ÂGE	DOSAGE			JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	Moins de 3 ans (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprimé deux fois par jour	1 Comprimé deux fois par jour	1 Comprimé deux fois par jour	De 3 à 5 ans (Plaquette à Bande Violette)	2 Comprimés deux fois par jour	2 Comprimés deux fois par jour	2 Comprimés deux fois par jour	→ 139
ÂGE	DOSAGE																
	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3														
Moins de 3 ans (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprimé deux fois par jour	1 Comprimé deux fois par jour	1 Comprimé deux fois par jour														
De 3 à 5 ans (Plaquette à Bande Violette)	2 Comprimés deux fois par jour	2 Comprimés deux fois par jour	2 Comprimés deux fois par jour														
137	<p>VÉRIFIEZ 124 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE</p>	<p>EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 AUTRE 6</p>	→ 139														
138	<p>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE. Le test d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est très malade et doit être emmené immédiatement dans un établissement de santé.</p> <p>ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST DE L'HÉMOGLOBINE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DE L'ANÉMIE SÉVÈRE.</p>																
139	<p>DATE DU JOUR :</p>	<p>JOUR □ □ MOIS □ □ ANNÉE 2021</p>															
140	<p>SI IL Y A UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'YA PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 201.</p>																

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-4 ANS

	ENFANT 2		ALLEZ À
102	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI: ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L' ENFANT.	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>	
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L' ENFANT (JOUR , MOIS ET ANNÉE) DE L'HISTORIQUE DES GROSSESSES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ L'ÂGE DE L'ENFANT À PARTIR DE L'HISTORIQUE DES GROSSESSES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? COMPAREZ ET CORRIGEZ 103 ET/OU 104 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/>	
105	VÉRIFIEZ 104 : L'ENFANT A 0-4 ANS? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 140
106	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	→ 108
107	L'ENFANT ÉTAIT-IL HABILLÉ LÉGÈREMENT?	OUI 1 NON 2	
108	TAILLE EN CENTIMÈTRES. SI L' ENFANT A 0-1 AN, MESUREZ EN POSITION ALLONGÉE. SI L' ENFANT A 2, 3, OU 4 ANS, MESUREZ EN POSITION DEBOUT.	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	→ 113
109	L'ENFANT A T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION ALLONGÉE OU DEBOUT?	ALLONGÉE 1 DEBOUT 2	
110	VÉRIFIEZ 104 ET 109: SUR LA BASE DE L'ÂGE DE L'ENFANT, LA PROCÉDURE CORRECTE POUR LA MESURE A T-ELLE ÉTÉ SUIVIE ?	OUI 1 NON 2	→ 112
111	SI L'ENFANT A 0-1 AN : POURQUOI (NOM) A-T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION DEBOUT? SI L'ENFANT A 2-4 ANS : POURQUOI (NOM) A-T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION ALLONGÉE? _____ _____		
112	LA MESURE ENREGISTRÉE A-T-ELLE ÉTÉ GÊNÉE PAR DES CHEVEUX TRESSÉS OU COIFFÉS ?	OUI 1 NON 2	

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-4 ANS

	ENFANT 2		ALLEZ À										
113	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ MESUREUR.	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ											
114	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ ASSISTANT MESUREUR	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ											
115	DATE DU JOUR	JOUR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>											
116	INSCRIVEZ LA TAILLE/LONGUEUR ET LE POIDS DANS LA BROCHURE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE, L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.												
117	VÉRIFIEZ 103 : L'ENFANT A-T-IL 0-5 MOIS OU PLUS ÂGÉ <input type="checkbox"/> 0-5 MOIS <input type="checkbox"/> L'ENFANT EST-IL PLUS ÂGÉ?		→ 140										
118	INSCRIVEZ LE NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNI. . . . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>											
119	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LES TESTS DE PALUDISME ET D'ANÉMIE : Dans cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme et un test pour vérifier s'ils ont ou non de l'anémie. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, de paludisme ou d'autres infections ou de maladie chronique. Cette enquête aidera à développer des programmes pour prévenir et traiter le paludisme et l'anémie. Nous demandons que tous les enfants âgés de 6 mois à 4 ans participent aux tests de paludisme et d'anémie. Les tests nécessitent quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. L'équipement utilisé pour prendre le sang est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test. Le sang sera immédiatement testé pour le paludisme et l'anémie et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyées à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête. Avez-vous des questions à me poser ?												
120	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ 1 REFUS 2 PAS PRÉSENT/AUTRE 3	→ 123										
121	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ	_____ (SIGNATURE) <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ											

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-4 ANS

ENFANT 2		ALLEZ À																											
122	SI LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU, PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES POUR LES TESTS ET CONTINUEZ AVEC LES TESTS.																												
123	COLLEZ LA 1 ^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DU PALUDISME AU LABORATOIRE DANS L'ESPACE À DROITE. COLLEZ LA 2 ^e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME CORRESPONDANTE ET LA 3 ^e ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;"> COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI </div> PAS PRÉSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996																											
124	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE, L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PAS PRÉSENT994 REFUS995 AUTRE996																											
125	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE, L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF 1 NÉGATIF 2 PAS PRÉSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6																											
126	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants : a) Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême? b) Problèmes cardiaques? c) Perte de conscience? d) Respiration difficile ou rapide ? e) Convulsions ? f) Saignements anormaux ? g) Jaunisse ou peau jaunâtre ? h) Urines foncées ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PROSTRATION</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b) PROBLÈMES CARDIAQUES</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>c) PERTE CONSCIENCE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>e) CONVULSIONS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>f) SAIGNEMENTS ANORMAUX</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>h) URINE FONCÉES</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	a) PROSTRATION	1	2	b) PROBLÈMES CARDIAQUES	1	2	c) PERTE CONSCIENCE	1	2	d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE	1	2	e) CONVULSIONS	1	2	f) SAIGNEMENTS ANORMAUX	1	2	g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE	1	2	h) URINE FONCÉES	1	2
	OUI	NON																											
a) PROSTRATION	1	2																											
b) PROBLÈMES CARDIAQUES	1	2																											
c) PERTE CONSCIENCE	1	2																											
d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE	1	2																											
e) CONVULSIONS	1	2																											
f) SAIGNEMENTS ANORMAUX	1	2																											
g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE	1	2																											
h) URINE FONCÉES	1	2																											
127	VÉRIFIEZ 126: Y A-T-IL UN 'OUI' NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	→ 129																											
128	VÉRIFIEZ 124 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 AUTRE 6																											
129	<u>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE.</u> Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme sévère. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené tout de suite dans un établissement de santé. ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DU PALUDISME SÉVÈRE.	→ 137																											
130	Au cours des 2 dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la CTA donnée par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI 1 NON 2																											

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-4 ANS

ENFANT 2		ALLEZ À															
131	<p>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ DE LA CTA. Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu de la CTA pour le paludisme. Je ne peux donc pas vous donner de la 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 la CTA, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens approfondis.</p>	→ 139															
132	<p>LIRE LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.</p> <p>Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé CTA. La CTA est très efficace et d'ici quelques jours, il n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de donner le médicament à l'enfant. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plait, si vous acceptez, ou non, le médicament.</p>																
133	<p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p>	<p>MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 AUTRE 6</p>	→ 139														
134	<p>SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ</p>	<p>_____ (SIGNATURE)</p> <p>□ □ □ □ NUMERO DU TECHNICIEN DE SANTÉ</p>															
135	<p>VÉRIFIEZ 133: MÉDICAMENT ACCEPTÉ ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>		→ 139														
136	<p>LISEZ LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE</p> <p style="text-align: center;">Traitement avec de combinaison de l'Artéméter-Luméfantine (AL)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ÂGE</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>Moins de 3 ans (Plaquette à Bande Rose)</td> <td>1 Comprimé deux fois par jour</td> <td>1 Comprimé deux fois par jour</td> <td>1 Comprimé deux fois par jour</td> </tr> <tr> <td>De 3 à 5 ans (Plaquette à Bande Violette)</td> <td>2 Comprimés deux fois par jour</td> <td>2 Comprimés deux fois par jour</td> <td>2 Comprimés deux fois par jour</td> </tr> </tbody> </table> <p>DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les 2 jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p>	ÂGE	DOSAGE			JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	Moins de 3 ans (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprimé deux fois par jour	1 Comprimé deux fois par jour	1 Comprimé deux fois par jour	De 3 à 5 ans (Plaquette à Bande Violette)	2 Comprimés deux fois par jour	2 Comprimés deux fois par jour	2 Comprimés deux fois par jour	→ 139
ÂGE	DOSAGE																
	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3														
Moins de 3 ans (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprimé deux fois par jour	1 Comprimé deux fois par jour	1 Comprimé deux fois par jour														
De 3 à 5 ans (Plaquette à Bande Violette)	2 Comprimés deux fois par jour	2 Comprimés deux fois par jour	2 Comprimés deux fois par jour														
137	<p>VÉRIFIEZ 124 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE</p>	<p>EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 AUTRE 6</p>	→ 139														
138	<p>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE. Le test d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est très malade et doit être emmené immédiatement dans un établissement de santé.</p> <p>ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST DE L'HÉMOGLOBINE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DE L'ANÉMIE SÉVÈRE.</p>																
139	<p>DATE DU JOUR :</p>	<p>JOUR □ □ MOIS □ □ ANNÉE 2021</p>															
140	<p>SI IL Y A UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'YA PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 201.</p>																

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-4 ANS

	ENFANT 3		ALLEZ À
102	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI: ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L' ENFANT.	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>	
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L' ENFANT (JOUR , MOIS ET ANNÉE) DE L'HISTORIQUE DES GROSSESSES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ L'ÂGE DE L'ENFANT À PARTIR DE L'HISTORIQUE DES GROSSESSES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? COMPAREZ ET CORRIGEZ 103 ET/OU 104 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/>	
105	VÉRIFIEZ 104 : L'ENFANT A 0-4 ANS? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 140
106	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	→ 108
107	L'ENFANT ÉTAIT-IL HABILÉ LÉGÈREMENT?	OUI 1 NON 2	
108	TAILLE EN CENTIMÈTRES. SI L' ENFANT A 0-1 AN, MESUREZ EN POSITION ALLONGÉE. SI L' ENFANT A 2, 3, OU 4 ANS, MESUREZ EN POSITION DEBOUT.	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	→ 113
109	L'ENFANT A T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION ALLONGÉE OU DEBOUT?	ALLONGÉE 1 DEBOUT 2	
110	VÉRIFIEZ 104 ET 109: SUR LA BASE DE L'ÂGE DE L'ENFANT, LA PROCÉDURE CORRECTE POUR LA MESURE A T-ELLE ÉTÉ SUIVIE ?	OUI 1 NON 2	→ 112
111	SI L'ENFANT A 0-1 AN : POURQUOI (NOM) A-T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION DEBOUT? SI L'ENFANT A 2-4 ANS : POURQUOI (NOM) A-T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION ALLONGÉE? _____ _____		
112	LA MESURE ENREGISTRÉE A-T-ELLE ÉTÉ GÊNÉE PAR DES CHEVEUX TRESSÉS OU COIFFÉS ?	OUI 1 NON 2	

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-4 ANS

	ENFANT 3		ALLEZ À										
113	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ MESUREUR.	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ											
114	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ ASSISTANT MESUREUR	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ											
115	DATE DU JOUR	JOUR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>											
116	INSCRIVEZ LA TAILLE/LONGUEUR ET LE POIDS DANS LA BROCHURE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE, L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.												
117	VÉRIFIEZ 103 : L'ENFANT A-T-IL 0-5 MOIS OU PLUS ÂGÉ ?	PLUS ÂGÉ <input type="checkbox"/> 0-5 MOIS <input type="checkbox"/>	→ 140										
118	INSCRIVEZ LE NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNI. . . . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>											
119	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LES TESTS DE PALUDISME ET D'ANÉMIE : Dans cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme et un test pour vérifier s'ils ont ou non de l'anémie. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, de paludisme ou d'autres infections ou de maladie chronique. Cette enquête aidera à développer des programmes pour prévenir et traiter le paludisme et l'anémie. Nous demandons que tous les enfants âgés de 6 mois à 4 ans participent aux tests de paludisme et d'anémie. Les tests nécessitent quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. L'équipement utilisé pour prendre le sang est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test. Le sang sera immédiatement testé pour le paludisme et l'anémie et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyées à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête. Avez-vous des questions à me poser ?												
120	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ 1 REFUS 2 PAS PRÉSENT/AUTRE 3	→ 123										
121	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ	_____ (SIGNATURE) <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ											

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-4 ANS

ENFANT 3		ALLEZ À																											
122	SI LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU, PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES POUR LES TESTS ET CONTINUEZ AVEC LES TESTS.																												
123	COLLEZ LA 1 ^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DU PALUDISME AU LABORATOIRE DANS L'ESPACE À DROITE. COLLEZ LA 2 ^e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME CORRESPONDANTE ET LA 3 ^e ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;"> COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI </div> PAS PRÉSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996																											
124	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE, L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PAS PRÉSENT994 REFUS995 AUTRE996																											
125	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE, L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF 1 NÉGATIF 2 PAS PRÉSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6																											
126	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants : a) Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême? b) Problèmes cardiaques? c) Perte de conscience? d) Respiration difficile ou rapide ? e) Convulsions ? f) Saignements anormaux ? g) Jaunisse ou peau jaunâtre ? h) Urines foncées ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PROSTRATION</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) PROBLÈMES CARDIAQUES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) PERTE CONSCIENCE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) CONVULSIONS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) SAIGNEMENTS ANORMAUX</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) URINE FONCÉES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	a) PROSTRATION	1	2	b) PROBLÈMES CARDIAQUES	1	2	c) PERTE CONSCIENCE	1	2	d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE	1	2	e) CONVULSIONS	1	2	f) SAIGNEMENTS ANORMAUX	1	2	g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE	1	2	h) URINE FONCÉES	1	2
	OUI	NON																											
a) PROSTRATION	1	2																											
b) PROBLÈMES CARDIAQUES	1	2																											
c) PERTE CONSCIENCE	1	2																											
d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE	1	2																											
e) CONVULSIONS	1	2																											
f) SAIGNEMENTS ANORMAUX	1	2																											
g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE	1	2																											
h) URINE FONCÉES	1	2																											
127	VÉRIFIEZ 126: Y A-T-IL UN 'OUI' NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	→ 129																											
128	VÉRIFIEZ 124 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 AUTRE 6																											
129	<u>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE.</u> Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme sévère. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené tout de suite dans un établissement de santé. ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DU PALUDISME SÉVÈRE.	→ 137																											
130	Au cours des 2 dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la CTA donnée par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI 1 NON 2																											

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-4 ANS

	ENFANT 3		ALLEZ À															
131	<p>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ DE LA CTA. Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu de la CTA pour le paludisme. Je ne peux donc pas vous donner de la 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 la CTA, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens approfondis.</p>		→ 139															
132	<p>LIRE LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.</p> <p>Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé CTA. La CTA est très efficace et d'ici quelques jours, il n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de donner le médicament à l'enfant. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plait, si vous acceptez, ou non, le médicament.</p>																	
133	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 AUTRE 6	→ 139															
134	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ	_____ (SIGNATURE) <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> NUMERO DU TECHNICIEN DE SANTÉ																
135	VÉRIFIEZ 133: MÉDICAMENT ACCEPTÉ ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 139															
136	<p>LISEZ LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>Traitement avec de combinaison de l'Artéméter-Luméfantine (AL)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ÂGE</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>Moins de 3 ans (Plaquette à Bande Rose)</td> <td style="text-align: center;">1 Comprimé deux fois par jour</td> <td style="text-align: center;">1 Comprimé deux fois par jour</td> <td style="text-align: center;">1 Comprimé deux fois par jour</td> </tr> <tr> <td>De 3 à 5 ans (Plaquette à Bande Violette)</td> <td style="text-align: center;">2 Comprimés deux fois par jour</td> <td style="text-align: center;">2 Comprimés deux fois par jour</td> <td style="text-align: center;">2 Comprimés deux fois par jour</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p>DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les 2 jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p>		ÂGE	DOSAGE			JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	Moins de 3 ans (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprimé deux fois par jour	1 Comprimé deux fois par jour	1 Comprimé deux fois par jour	De 3 à 5 ans (Plaquette à Bande Violette)	2 Comprimés deux fois par jour	2 Comprimés deux fois par jour	2 Comprimés deux fois par jour	→ 139
ÂGE	DOSAGE																	
	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3															
Moins de 3 ans (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprimé deux fois par jour	1 Comprimé deux fois par jour	1 Comprimé deux fois par jour															
De 3 à 5 ans (Plaquette à Bande Violette)	2 Comprimés deux fois par jour	2 Comprimés deux fois par jour	2 Comprimés deux fois par jour															
137	VÉRIFIEZ 124 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 AUTRE 6	→ 139															
138	<p>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE. Le test d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est très malade et doit être emmené immédiatement dans un établissement de santé.</p> <p>ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST DE L'HÉMOGLOBINE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DE L'ANÉMIE SÉVÈRE.</p>																	
139	DATE DU JOUR :	JOUR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td></tr></table>					2	0	2	1								
2	0	2	1															
140	SI IL Y A UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À DU QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE; S'IL N'YA PLUS D'ENFANTS,																	

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

201	VÉRIFIEZ LA "LISTE DES INDIVIDUS/BIOMARQUEURS ÉLIGIBLES" FOURNIE PAR CAPI. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÂGE ET L'ÉTAT MATRIMONIAL DE TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES À 202, 203 ET 204 SUR CETTE PAGE ET SUR LES PAGES SUIVANTES À PARTIR DE LA PREMIÈRE INSCRITE. SI IL Y A PLUS DE DEUX FEMMES, UTILISEZ UN (DES) QUESTIONNAIRE (S) SUPPLÉMENTAIRE (S).		
	FEMME 1		ALLEZ À
202	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI : ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME.	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>	
203	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI POUR L'ÂGE:	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2	
204	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI POUR L'ÉTAT MATRIMONIAL :	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	→ 207
206	LA FEMME PORTAIT-ELLE UNIQUEMENT DES VÊTEMENTS LÉGERS ?	OUI 1 NON 2	
207	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	→ 209
208	LA MESURE ENREGISTRÉE A-T-ELLE ÉTÉ GÊNÉE PAR DES CHEVEUX TRESSÉS OU COIFFÉS ?	OUI 1 NON 2	
209	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ MESUREUR.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ	
210	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ ASSISTANT MESUREUR. SI PAS D'ASSISTANT MESUREUR, INSCRIRE 9999.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ	
211	DATE DU JOUR :	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"/>	
212	VÉRIFIEZ 203 :	AGÉE DE 15-17 ANS <input type="checkbox"/> ↓ AGÉE DE 18-49 ANS <input type="checkbox"/>	→ 214
213	VÉRIFIEZ 204 :	AUTRE <input type="checkbox"/> ↓ CODE 4 (JAMAIS EN UNION) <input type="checkbox"/>	→ 217

		FEMME 1		ALLEZ À
CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE ADULTE POUR LE TEST D'ANÉMIE				
C O N S E N T E M E N T A D U L T E	214	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE :</p> <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 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 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.</p>		
	215	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ. 1 REFUSÉ 2 ABSENT/AUTRE 3	→ 225
	216	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ MESUREUR DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.	_____ (SIGNATURE) <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ	→ 225

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

	FEMME 1		ALLEZ À
217	INSCRIVEZ LE NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENQUÊTÉE MINEURE.	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE □ □	
CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE			
P A R E N T / A D U L T E R E S P O N S A B L E	218	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE : 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 à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. 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. Avez-vous des questions à me poser? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.	
	219	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ..... 1 PARENT/ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ . 2 ABSENT/AUTRE 3 → 225
	220	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ MESUREUR DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.	_____ (SIGNATURE) □ □ □ □ NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ
	221	VÉRIFIEZ 219 : CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> ACCORDÉ ↓ CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> REFUSÉ →	
CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST			
C O N S E N T E M E N T E N Q U Ê T É E M I N E U R E	222	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR UN TEST D'ANÉMIE À L'ENQUÊTÉE MINEURE : 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 à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. 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. Avez-vous des questions à me poser? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.	
	223	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ	ACCORDÉ..... 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ..... 2 ABSENTE/AUTRE 3 → 225
	224	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ MESUREUR DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.	_____ (SIGNATURE) □ □ □ □ NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ

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

FEMME 1		ALLEZ À
225	<p>ENREGISTREZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE ET L'ANÉMIE.</p> <p>G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/></p> <p>ABSENTE 994</p> <p>REFUS 995</p> <p>AUTRE 996</p>	<p>→ 228</p>
226	<p>VÉRIFIEZ 225 : RÉSULTAT HÉMOGLOBINE</p> <p>EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL, ANÉMIE SÉVÈRE 1</p> <p>8.0 G/DL OU PLUS 2</p>	<p>→ 228</p>
227	<p>Le test pour le diagnostic d'anémie montre que vous avez une anémie sévère. Vous êtes très malade et vous devez vous rendre immédiatement dans un établissement de santé.</p> <p>ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE POUR L'ANÉMIE SÉVÈRE.</p>	
228	<p>SI IL Y A UNE AUTRE FEMME, ALLEZ À 202 À LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS DE FEMMES, METTEZ FIN À L'INTERVIEW.</p>	

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

	FEMME 2		ALLEZ À
202	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI : ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME.	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>	
203	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI POUR L'ÂGE:	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2	
204	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI POUR L'ÉTAT MATRIMONIAL :	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	→ 207
206	LA FEMME PORTAIT-ELLE UNIQUEMENT DES VÊTEMENTS LÉGERS ?	OUI 1 NON 2	
207	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	→ 209
208	LA MESURE ENREGISTRÉE A-T-ELLE ÉTÉ GÊNÉE PAR DES CHEVEUX TRESSÉS OU COIFFÉS ?	OUI 1 NON 2	
209	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ MESUREUR.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE	
210	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ ASSISTANT MESUREUR. SI PAS D'ASSISTANT MESUREUR, INSCRIRE 9999.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE	
211	DATE DU JOUR :	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/>	
212	VÉRIFIEZ 203 :	AGÉE DE 15-17 ANS <input type="checkbox"/> AGÉE DE 18-49 ANS <input type="checkbox"/>	→ 214
213	VÉRIFIEZ 204 :	AUTRE <input type="checkbox"/> CODE 4 (JAMAIS EN UNION) <input type="checkbox"/>	→ 217

	FEMME 2	ALLEZ À
--	---------	---------

CONSENTEMENT DE L'ENQUETEE ADULTE POUR LE TEST D'ANÉMIE

C O N S E N T E M E N T A D U L T E	214	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE :</p> <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 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 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.</p>							
	215	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">ACCORDÉ.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>REFUSÉ</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>ABSENT/AUTRE</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">→ 225</p>	ACCORDÉ.....	1	REFUSÉ	2	ABSENT/AUTRE	3
	ACCORDÉ.....	1							
REFUSÉ	2								
ABSENT/AUTRE	3								
216	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ MESUREUR DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.	<p style="text-align: center;">_____ (SIGNATURE)</p> <div style="text-align: center;"> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </div> <p style="text-align: center;">NUMÉRO DU TECHNICIEN DE</p> <p style="text-align: right;">→ 225</p>							

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

	FEMME 2	ALLEZ À
--	---------	---------

217	INSCRIVEZ LE NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE L'ENQUÊTÉE MINEURE.	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE <div style="border: 1px dashed black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
-----	---	---

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

P A R E N T / A D U L T E R E S P O N S A B L E	218	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE : 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 à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. 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. Avez-vous des questions à me poser? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.	
	219	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ..... 1 PARENT/ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ. 2 ABSENT/AUTRE 3 → 225
	220	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ MESUREUR DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.	_____ (SIGNATURE) <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE
	221	VÉRIFIEZ 219 : CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> ACCORDÉ CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> REFUSÉ	→ 225

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST

C O N S E N T E M E N T E N Q U Ê T É E M I N E U R E	222	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR UN TEST D'ANÉMIE À L'ENQUÊTÉE MINEURE : 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 à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. 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. Avez-vous des questions à me poser? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.	
	223	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ	ACCORDÉ..... 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ..... 2 ABSENTE/AUTRE 3 → 225
	224	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ MESUREUR DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.	_____ (SIGNATURE) <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE

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

FEMME 2		ALLEZ À
225	ENREGISTREZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE ET L'ANÉMIE.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE994 REFUS995 AUTRE996
226	VÉRIFIEZ 225 : RÉSULTAT HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS 8.0 G/DL, ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2
227	Le test pour le diagnostic d'anémie montre que vous avez une anémie sévère. Vous êtes très malade et vous devez vous rendre immédiatement dans un établissement de santé. ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE POUR L'ANÉMIE SÉVÈRE.	
228	SI IL Y A UNE AUTRE FEMME, ALLEZ À 202 DU QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE; S'IL N'Y A PLUS DE FEMMES, METTEZ FIN À L'INTERVIEW.	

