



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 ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>																	
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 ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANNÉE .... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																	
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 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table>																	
105	VÉRIFIEZ 104 : L'ENFANT A 0-4 ANS?      OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 140																
106	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. .... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> 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. .... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> 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.	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ
114	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ ASSISTANT MESUREUR	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ
115	DATE DU JOUR	JOUR ..... MOIS ..... ANNÉE .....
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 LIGNEI. . . .
119	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LES TESTS DE PALUDISME ET D'ANÉMIE :  <p>Dans cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme et un test pour vérifier s'ils ont ou non de l'anémie. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, de paludisme ou d'autres infections ou de maladie chronique. Cette enquête aidera à développer des programmes pour prévenir et traiter le paludisme et l'anémie. Nous demandons que tous les enfants âgés de 6 mois à 4 ans participent aux tests de paludisme et d'anémie. Les tests nécessitent quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. L'équipement utilisé pour prendre le sang est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera immédiatement testé pour le paludisme et l'anémie et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyées à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?</p>	
120	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 PAS PRÉSENT/AUTRE ..... 3
121	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ	(SIGNATURE) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 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 <sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DU PALUDISME AU LABORATOIRE DANS L'ESPACE À DROITE. COLLEZ LA 2 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME CORRESPONDANTE ET LA 3 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1<sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</div> <div style="margin-top: 5px;"> PAS PRÉSENT ..... 99994  REFUS ..... 99995  AUTRE ..... 99996 </div>
124	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE, L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	<div style="margin-bottom: 5px;">G/DL ..... <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span></div> <div> PAS PRÉSENT .....994  REFUS .....995  AUTRE .....996 </div>
125	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE, L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> POSITIF ..... 1  NÉGATIF ..... 2  PAS PRÉSENT ..... 4  REFUS ..... 5  AUTRE ..... 6 </div> <div style="text-align: right;"> → 137  → 139  → 137 </div> </div>
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 ?	<div style="text-align: right; margin-bottom: 5px;">OUI NON</div> <div> 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 </div>
127	VÉRIFIEZ 126: Y A-T-IL UN 'OUI' <span style="margin-left: 50px;">NON <input type="checkbox"/></span> <span style="margin-left: 50px;">OUI <input type="checkbox"/></span>	→ 129
128	VÉRIFIEZ 124 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	<div style="margin-bottom: 5px;">EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE ..... 1</div> <div> 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2  AUTRE ..... 6 </div>
129	<b><u>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE.</u></b> 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.	<div style="margin-bottom: 5px;">OUI ..... 1</div> <div> NON ..... 2 </div>
		→ 132

	ENFANT 1		ALLEZ À															
131	<b>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ DE LA CTA.</b> 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.		→ 139															
132	LIRE 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.																	
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)  <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NUMERO DU TECHNICIEN DE SANTÉ																
135	VÉRIFIEZ 133: MÉDICAMENT ACCEPTÉ ?    OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>																	
136	LISEZ LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE  <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center;"><b>Traitement avec de combinaison de l'Artéméther-Luméfantrine (AL)</b></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <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><b>Moins de 3 ans</b> (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><b>De 3 à 5 ans</b> (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> </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	<b>Moins de 3 ans</b> (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprimé deux fois par jour	1 Comprimé deux fois par jour	1 Comprimé deux fois par jour	<b>De 3 à 5 ans</b> (Plaquette à Bande Violette)	2 Comprimés deux fois par jour	2 Comprimés deux fois par jour	2 Comprimés deux fois par jour
ÂGE	DOSAGE																	
	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3															
<b>Moins de 3 ans</b> (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprimé deux fois par jour	1 Comprimé deux fois par jour	1 Comprimé deux fois par jour															
<b>De 3 à 5 ans</b> (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	<b>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</b> 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.  ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST DE L'HÉMOGLOBINE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DE L'ANÉMIE SÉVÈRE.																	
139	DATE DU JOUR :	JOUR . . . . . <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> MOIS . . . . . <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> ANNÉE . . . . . <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center;">2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center;">0</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center;">2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center;">1</div>																
140	SI IL Y A UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'YA PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 201.																	

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 ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>																	
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 ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANNÉE .... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																	
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 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table>																	
105	VÉRIFIEZ 104 : L'ENFANT A 0-4 ANS?      OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → 140																		
106	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. .... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> 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. .... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> 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.	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ
114	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ ASSISTANT MESUREUR	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ
115	DATE DU JOUR	JOUR ..... MOIS ..... ANNÉE .....
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 LIGNEI. . . .
119	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LES TESTS DE PALUDISME ET D'ANÉMIE :  <p>Dans cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme et un test pour vérifier s'ils ont ou non de l'anémie. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, de paludisme ou d'autres infections ou de maladie chronique. Cette enquête aidera à développer des programmes pour prévenir et traiter le paludisme et l'anémie. Nous demandons que tous les enfants âgés de 6 mois à 4 ans participent aux tests de paludisme et d'anémie. Les tests nécessitent quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. L'équipement utilisé pour prendre le sang est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera immédiatement testé pour le paludisme et l'anémie et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyées à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?</p>	
120	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 PAS PRÉSENT/AUTRE ..... 3
121	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ	(SIGNATURE) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 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 <sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DU PALUDISME AU LABORATOIRE DANS L'ESPACE À DROITE. COLLEZ LA 2 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME CORRESPONDANTE ET LA 3 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1<sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</div> <div> PAS PRÉSENT ..... 99994  REFUS ..... 99995  AUTRE ..... 99996 </div>
124	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE, L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	<div> G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <div> PAS PRÉSENT ..... 994  REFUS ..... 995  AUTRE ..... 996 </div>
125	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE, L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	<div> POSITIF ..... 1  NÉGATIF ..... 2  PAS PRÉSENT ..... 4  REFUS ..... 5  AUTRE ..... 6 </div> <div> → 137  → 139  → 137 </div>
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 ?	<div style="text-align: right;">OUI NON</div> <div> 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 </div>
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	<div> EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL,  ANEMIE SEVÈRE ..... 1  8.0 G/DL OU PLUS ..... 2  AUTRE ..... 6 </div> <div> → 130 </div>
129	<b><u>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE.</u></b> 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.	<div> OUI ..... 1  NON ..... 2 </div> <div> → 132 </div>



ENFANT 2		ALLEZ À															
131	<b>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ DE LA CTA.</b> 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.	→ 139															
132	<b>LIRE LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.</b>  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.																
133	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ. <table border="0" style="float: right;"> <tr> <td>MÉDICAMENT ACCEPTÉ . . . .</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>MÉDICAMENT REFUSÉ . . . .</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AUTRE . . . . .</td> <td>6</td> </tr> </table>	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . . . .	1	MÉDICAMENT REFUSÉ . . . .	2	AUTRE . . . . .	6	→ 139									
MÉDICAMENT ACCEPTÉ . . . .	1																
MÉDICAMENT REFUSÉ . . . .	2																
AUTRE . . . . .	6																
134	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ <table border="0" style="float: right;"> <tr> <td colspan="2">_____ (SIGNATURE)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">NUMERO DU TECHNICIEN DE SANTÉ</td> </tr> </table>	_____ (SIGNATURE)		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		NUMERO DU TECHNICIEN DE SANTÉ											
_____ (SIGNATURE)																	
<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>																	
NUMERO DU TECHNICIEN DE SANTÉ																	
135	VÉRIFIEZ 133: MÉDICAMENT ACCEPTÉ ?    OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	→ 139															
136	<b>LISEZ LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE</b>  <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;"><b>Traitement avec de combinaison de l'Artéméther-Luméfantrine (AL)</b></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <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><b>Moins de 3 ans</b> (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><b>De 3 à 5 ans</b> (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> </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	<b>Moins de 3 ans</b> (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprimé deux fois par jour	1 Comprimé deux fois par jour	1 Comprimé deux fois par jour	<b>De 3 à 5 ans</b> (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														
<b>Moins de 3 ans</b> (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprimé deux fois par jour	1 Comprimé deux fois par jour	1 Comprimé deux fois par jour														
<b>De 3 à 5 ans</b> (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 <table border="0" style="float: right;"> <tr> <td>EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE . . . . .</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>8.0 G/DL OU PLUS . . . . .</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AUTRE . . . . .</td> <td>6</td> </tr> </table>	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE . . . . .	1	8.0 G/DL OU PLUS . . . . .	2	AUTRE . . . . .	6	→ 139									
EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE . . . . .	1																
8.0 G/DL OU PLUS . . . . .	2																
AUTRE . . . . .	6																
138	<b>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</b> 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.  ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST DE L'HÉMOGLOBINE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DE L'ANÉMIE SÉVÈRE.																
139	DATE DU JOUR : <table border="0" style="float: right;"> <tr> <td>JOUR . . . . .</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td> </tr> <tr> <td>MOIS . . . . .</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td> </tr> <tr> <td>ANNÉE . . . . .</td> <td> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center;">2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center;">0</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center;">2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center;">1</div> </td> </tr> </table>	JOUR . . . . .	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	MOIS . . . . .	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	ANNÉE . . . . .	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center;">2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center;">0</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center;">2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center;">1</div>										
JOUR . . . . .	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																
MOIS . . . . .	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																
ANNÉE . . . . .	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center;">2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center;">0</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center;">2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center;">1</div>																
140	SI IL Y A UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'YA PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 201.																

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 ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>																	
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 ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANNÉE .... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																	
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 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table>																	
105	VÉRIFIEZ 104 : L'ENFANT A 0-4 ANS? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 140																
106	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. .... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> 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. .... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> 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.	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ
114	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ ASSISTANT MESUREUR	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ
115	DATE DU JOUR	JOUR ..... MOIS ..... ANNÉE .....
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. . . .
119	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LES TESTS DE PALUDISME ET D'ANÉMIE :  <p>Dans cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme et un test pour vérifier s'ils ont ou non de l'anémie. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, de paludisme ou d'autres infections ou de maladie chronique. Cette enquête aidera à développer des programmes pour prévenir et traiter le paludisme et l'anémie. Nous demandons que tous les enfants âgés de 6 mois à 4 ans participent aux tests de paludisme et d'anémie. Les tests nécessitent quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. L'équipement utilisé pour prendre le sang est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera immédiatement testé pour le paludisme et l'anémie et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyées à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?</p>	
120	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 PAS PRÉSENT/AUTRE ..... 3
121	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ	(SIGNATURE) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 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 <sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DU PALUDISME AU LABORATOIRE DANS L'ESPACE À DROITE. COLLEZ LA 2 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME CORRESPONDANTE ET LA 3 <sup>e</sup> ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1<sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</div> <div> PAS PRÉSENT ..... 99994  REFUS ..... 99995  AUTRE ..... 99996 </div>
124	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE, L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	<div> G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <div> PAS PRÉSENT ..... 994  REFUS ..... 995  AUTRE ..... 996 </div>
125	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE, L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	<div> POSITIF ..... 1  NÉGATIF ..... 2  PAS PRÉSENT ..... 4  REFUS ..... 5  AUTRE ..... 6 </div> <div> → 137  → 139  → 137 </div>
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 ?	<div style="text-align: right;">OUI NON</div> <div> 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 </div>
127	VÉRIFIEZ 126: Y A-T-IL UN 'OUI' <span style="margin-left: 50px;">NON <input type="checkbox"/></span> <span style="margin-left: 50px;">OUI <input type="checkbox"/></span>	→ 129
128	VÉRIFIEZ 124 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	<div> EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL,  ANEMIE SEVÈRE ..... 1  8.0 G/DL OU PLUS ..... 2  AUTRE ..... 6 </div> <div> → 130 </div>
129	<b><u>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE.</u></b> 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.	<div> OUI ..... 1  NON ..... 2 </div> <div> → 132 </div>

	ENFANT 3		ALLEZ À															
131	<b>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ DE LA CTA.</b> 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.		→ 139															
132	<b>LIRE LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.</b>  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.																	
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)  <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> NUMERO DU TECHNICIEN DE SANTÉ																
135	VÉRIFIEZ 133: MÉDICAMENT ACCEPTÉ ?    OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 139															
136	<b>LISEZ LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE</b>  <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;"><b>Traitement avec de combinaison de l'Artéméther-Luméfantrine (AL)</b></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <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><b>Moins de 3 ans</b> (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><b>De 3 à 5 ans</b> (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> </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	<b>Moins de 3 ans</b> (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprimé deux fois par jour	1 Comprimé deux fois par jour	1 Comprimé deux fois par jour	<b>De 3 à 5 ans</b> (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															
<b>Moins de 3 ans</b> (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprimé deux fois par jour	1 Comprimé deux fois par jour	1 Comprimé deux fois par jour															
<b>De 3 à 5 ans</b> (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	<b>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</b> 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.  ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST DE L'HÉMOGLOBINE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DE L'ANÉMIE SÉVÈRE.																	
139	DATE DU JOUR :	JOUR . . . . . <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> MOIS . . . . . <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> ANNÉE . . . . . <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center;">2021</div>																
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"/> . <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
<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE ADULTE POUR LE TEST D'ANÉMIE</b>				
<b>C O N S E N T E  M E N T  A D U L T E</b>	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="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ	→ 225

		FEMME 1		ALLEZ À	
217	INSCRIVEZ LE NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENQUÊTÉE MINEURE.		NOM _____  NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE <div style="border: 1px dashed black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>		
<b>CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE</b>					
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: 100px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ		
221	VÉRIFIEZ 219 :      CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> ACCORDÉ      CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> REFUSÉ				→ 225
<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST</b>					
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: 100px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> 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	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"/> ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> → 228
226	VÉRIFIEZ 225 : RÉSULTAT HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL, ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2	<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> → 228
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	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.		

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"/>  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"/> 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
<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUETEE ADULTE POUR LE TEST D'ANÉMIE</b>			
C O N S E N T E  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	<p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3</p>	→ 225
	216	<p>SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ MESUREUR DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.</p> <p>(SIGNATURE)</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NUMÉRO DU TECHNICIEN DE</p>	→ 225

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: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>	
<b>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 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: 60px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE
	221	VÉRIFIEZ 219 :      CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> ACCORDÉ      CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> REFUSÉ      → 225	
<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST</b>			
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: 60px; 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"/> ABSENTE .....994 REFUS .....995 AUTRE .....996	→ 228
226	VÉRIFIEZ 225 : RÉSULTAT HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS 8.0 G/DL, ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2	→ 228
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.		

## À REMPLIR, UNE FOIS L'ENQUÊTE SUR LES BIOMARQUEURS TERMINÉE

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.[illegible]