

**QUESTIONÁRIO DE BIOMARCADORES**

**IDENTIFICAÇÃO**

**NOTA IMPORTANTE**

INSTRUMENTO DE NOTAÇÃO DO SISTEMA ESTATÍSTICO NACIONAL DE **RESPOSTA OBRIGATÓRIA** REGISTRADO NO INE SOB O N.º. 0045, VÁLIDO ATÉ 31 DE DEZEMBRO DE 2016. A **CONFIDENCIALIDADE ESTATÍSTICA** É GARANTIDA NOS TERMOS DO ARTIGO 11º DA LEI N.º3/11 DE 14 DE JANEIRO, LEI DO SISTEMA ESTATÍSTICO NACIONAL. OS DADOS ESTATÍSTICOS INDIVIDUAIS RECOLHIDOS PELOS ÓRGÃOS PRODUTORES DE ESTATÍSTICAS OFICIAIS, NESTE CASO O INE, SÃO DE NATUREZA ESTRITAMENTE CONFIDENCIAL, ESTANDO PROTEGIDOS CONTRA QUALQUER UTILIZAÇÃO NÃO ESTATÍSTICA E DIVULGAÇÃO NÃO AUTORIZADA. SO PODENDO SER UTILIZADOS NA PRODUÇÃO DE ESTATÍSTICAS OFICIAIS

NOME DO LOCAL \_\_\_\_\_

NOME DO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR \_\_\_\_\_

NÚMERO DO CONGLOMERADO DO ICIM/IDS .....

NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAR .....

AGREGADO SELECIONADO PARA ENTREVISTA DO HOMEM E BIOMARCADORES DE ADULTOS? (1=SIM, 2=NÃO) .....


**VISITAS DO(A) TECNICO(A) DE SAÚDE**

	1	2	3	VISITA FINAL					
DATA	_____	_____	_____	DIA <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>					
NOME DO(A) TECNICO(A) DE SAÚDE	_____	_____	_____	MÊS <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>					
PRÓXIMA DATA VISITA	_____	_____		ANO <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					
TIME	_____	_____		NÚMERO TOTAL DE VISITAS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>					

**COMENTÁRIOS:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nº DE MULHERES ELEGIVEIS 

--	--

Nº DE HOMENS ELEGIVEIS 

--	--

Nº DE CRIANÇAS ELEGIVEIS 

--	--

LÍNGUA DA ENTREVISTA 

--	--

TRADUTOR USADO (1=SIM, 2=NÃO) 

--

**CÓDIGO DE LÍNGUAS:**

- |                   |             |              |
|-------------------|-------------|--------------|
| 01 PORTUGUÊS      | 05 KIMBUNDU | 09 NGANGUELA |
| 02 CHOKWE / KIOKO | 06 KWANHAMA | 10 NHANECA   |
| 03 FIOTE          | 07 LUVALE   | 11 UMBUNDU   |
| 04 KIKONGO/UKONGO | 08 MUHUMBI  | 96 OUTRA     |

SUPERVISOR(A)

DIGITADO POR:

\_\_\_\_\_ 

--	--	--	--

  
NOME NUMERO

\_\_\_\_\_ 

--	--	--	--

  
NOME NUMERO

**SECÇÃO 1: PESO, ALTURA E HEMOGLOBINA PARA AS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS**

100	VERIFIQUE NA CAPA: O AGREGADO FOI SELECIONADO PARA ENTREVISTA DE HOMEM E BIOMARCADORES DE ADULTOS?  NÃO <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 200px;">SIM <input type="checkbox"/>  PASSE A 201</span>									
101	VERIFIQUE A COLUNA 11 DO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR. REGISTE O NÚMERO DE ORDEM E O NOME DE TODAS AS CRIANÇAS ELEGÍVEIS DE 0-5 ANOS NA PERGUNTA 102; SE TIVER MAIS DE SEIS CRIANÇAS, USE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL.									
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;"></th> <th style="width: 33%;">CRIANÇA 1</th> <th style="width: 33%;">CRIANÇA 2</th> <th style="width: 33%;">CRIANÇA 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>102</td> <td>                     VERIFIQUE NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR:                      NÚMERO DE ORDEM NA COLUNA 11.                       NOME NA COLUNA 2.                 </td> <td>                     Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>                       NOME _____                 </td> <td>                     Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>                       NOME _____                 </td> <td>                     Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>                       NOME _____                 </td> </tr> </tbody> </table>		CRIANÇA 1	CRIANÇA 2	CRIANÇA 3	102	VERIFIQUE NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR: NÚMERO DE ORDEM NA COLUNA 11.  NOME NA COLUNA 2.	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____
	CRIANÇA 1	CRIANÇA 2	CRIANÇA 3							
102	VERIFIQUE NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR: NÚMERO DE ORDEM NA COLUNA 11.  NOME NA COLUNA 2.	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____						
103	Qual é a data de nascimento de (NOME)?  DIA ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANO ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DIA ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANO ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DIA ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANO ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
104	VERIFIQUE 103: CRIANÇA NASCEU ENTRE 2010-2015?  SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (PASSE A 133)	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (PASSE A 133)	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (PASSE A 133)							
105	PESO EM QUILOGRAMOS.  KG. ... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE ..... 9994 RECUSOU ..... 9995 OUTRO ..... 9996	KG. ... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE ..... 9994 RECUSOU ..... 9995 OUTRO ..... 9996	KG. ... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE ..... 9994 RECUSOU ..... 9995 OUTRO ..... 9996							
106	ALTURA EM CENTÍMETROS.  CM. ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> AUSENTE ..... 9994 RECUSOU ..... 9995 OUTRO ..... 9996 (PASSE A 108)	CM. ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> AUSENTE ..... 9994 RECUSOU ..... 9995 OUTRO ..... 9996 (PASSE A 108)	CM. ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> AUSENTE ..... 9994 RECUSOU ..... 9995 OUTRO ..... 9996 (PASSE A 108)							
107	A CRIANÇA FOI MEDIDA DEITADA OU EM PÉ?  DEITADA ..... 1 EM PÉ ..... 2	DEITADA ..... 1 EM PÉ ..... 2	DEITADA ..... 1 EM PÉ ..... 2							
108	MEDIDOR: REGISTE SEU NÚMERO DE AGENTE DE CAMPO.  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nº DE AGENTE DE CAMPO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nº DE AGENTE DE CAMPO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nº DE AGENTE DE CAMPO							
109	VERIFIQUE 103: CRIANÇA TEM 0-5 MESES DE IDADE, I.E., A CRIANÇA NESCEU NO MÊS DA ENTREVISTA OU NOS 5 MESES ANTERIORES?  0-5 MESES ..... 1 (PASSE A 133)  MAIOR ..... 2	0-5 MESES ..... 1 (PASSE A 133)  MAIOR ..... 2	0-5 MESES ..... 1 (PASSE A 133)  MAIOR ..... 2							
110	NÚMERO DE ORDEM DO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA NA COLUNA 1 DA LISTAGEM DO AGREGADO FAMILIAR.  NÚMERO DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/> (REGISTE '00' SE NÃO LISTADO)	NÚMERO DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/> (REGISTE '00' SE NÃO LISTADO)	NÚMERO DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/> (REGISTE '00' SE NÃO LISTADO)							
111	PEÇA CONSENTIMENTO AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PARA O TESTE DE ANEMIA.  Como parte deste inquérito, estamos a pedir aos participantes, em todo o país, a realizar um teste de anemia. A anemia é um problema grave para a saúde que geralmente é causada por má nutrição, infecção, ou uma doença crónica. Este inquérito ajudará o governo a desenvolver programas para a prevenção e tratamento da anemia. Solicitamos a participação de todas as crianças de zero aos 5 anos, permitindo a recolha de uma amostra de sangue do dedo ou do calcanhar. Para o efeito todo material a usar durante a colheita é novo, esterilizado e completamente seguro, e será descartado/posto no lixo logo depois do teste.  A amostra será testada para anemia agora mesmo, o(a) (NOME) receberá o resultado dentro de alguns minutos. O resultado é estritamente confidencial e não será partilhado com ninguém além dos membros da equipa de trabalho.  O(A) (NOME) tem alguma pergunta? Aceita ou não aceita que (NOME DA CRIANÇA) participe no teste de anemia?									

101	VERIFIQUE A COLUNA 11 DO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR. REGISTE O NÚMERO DE ORDEM E O NOME DE TODAS AS CRIANÇAS ELEGÍVEIS DE 0-5 ANOS NA PERGUNTA 102; SE TIVER MAIS DE SEIS CRIANÇAS, USE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL.			
		CRIANÇA 1	CRIANÇA 2	CRIANÇA 3
102	VERIFIQUE NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR: NÚMERO DE ORDEM NA COLUNA 11.  NOME NA COLUNA 2.	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____
112	MARQUE A RESPOSTA DO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL E ASSINE SEU NOME (TÉCNICO DE SAÚDE).	ACEITA ..... 1 } ← (ASSINATURA) RECUSOU ..... 2 } AUSENTE/OUTRO ..... 3	ACEITA ..... 1 } ← (ASSINATURA) RECUSOU ..... 2 } AUSENTE/OUTRO ..... 3	ACEITA ..... 1 } ← (ASSINATURA) RECUSOU ..... 2 } AUSENTE/OUTRO ..... 3
113	PEÇA CONSENTIMENTO AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PARA O TESTE DE MALÁRIA.	<p>Como parte deste inquérito, estamos a pedir aos participantes, em todo o país, a realizar um teste de malária. A malária é uma doença grave causada por um parasita transmitido por picada de mosquitos. Este inquérito ajudará ao governo a desenvolver programas para a prevenção da malária.</p> <p>Solicitamos a participação de todas as crianças de zero aos 5 anos, permitindo a recolha de uma amostra de sangue do dedo ou do calcanhar para o teste de malária. Para o efeito todo material a usar durante a colheita é novo, esterilizado e completamente seguro, e será descartado/posto no lixo logo depois do teste. A amostra de sangue será feita com teste rápido e o(a) (NOME) receberá o resultado em 15 minutos. O resultado é estritamente confidencial e não será partilhado com ninguém além dos membros da equipa de trabalho.</p> <p>O(A) (NOME) tem alguma pergunta? Aceita ou não aceita que (NOME DA CRIANÇA) participe no teste de malária?</p>		
114	MARQUE A RESPOSTA DO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL E ASSINE SEU NOME (TÉCNICO DE SAÚDE).	ACEITA ..... 1 } ← (ASSINATURA) RECUSOU ..... 2 } AUSENTE/OUTRO ..... 3	ACEITA ..... 1 } ← (ASSINATURA) RECUSOU ..... 2 } AUSENTE/OUTRO ..... 3	ACEITA ..... 1 } ← (ASSINATURA) RECUSOU ..... 2 } AUSENTE/OUTRO ..... 3
115	SOMENTE PARA O(S) TESTE(S) EM QUE CONSENTIMENTO FOI OBTIDO, PREPARE OS MATERIAIS NECESSÁRIOS E PROCEDA COM O(S) TESTE(S).			
116	REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA AQUI E NO PAMFLETO DE ANEMIA E MALÁRIA.	G/DL .... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> RECUSOU ..... 995 OUTRO ..... 996	G/DL .... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> RECUSOU ..... 995 OUTRO ..... 996	G/DL .... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> RECUSOU ..... 995 OUTRO ..... 996
117	MARQUE O CÓDIGO QUE CORRESPONDE PARA O TESTE RÁPIDO DE MALÁRIA.	TESTADO ..... 1 AUSENTE ..... 2 RECUSOU ..... 3 OUTRO ..... 4 ← (PASSE A 119)	TESTADO ..... 1 AUSENTE ..... 2 RECUSOU ..... 3 OUTRO ..... 4 ← (PASSE A 119)	TESTADO ..... 1 AUSENTE ..... 2 RECUSOU ..... 3 OUTRO ..... 4 ← (PASSE A 119)
118	REGISTE O RESULTADO DO TESTE RÁPIDO DE MALÁRIA AQUI E NO PAMFLETO DE MALÁRIA.	POSITIVO ..... 1 ← (PASSE A 121) NEGATIVO ..... 2 OUTRO ..... 3	POSITIVO ..... 1 ← (PASSE A 121) NEGATIVO ..... 2 OUTRO ..... 3	POSITIVO ..... 1 ← (PASSE A 121) NEGATIVO ..... 2 OUTRO ..... 3
119	VERIFIQUE 116:  NÍVEL DE HEMOGLOBINA	MENOR A 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE ..... 3 RECUSA ..... 4 OUTRO ..... 6 ← (PASSE A 133)	MENOR A 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE ..... 3 RECUSA ..... 4 OUTRO ..... 6 ← (PASSE A 133)	MENOR A 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE ..... 3 RECUSA ..... 4 OUTRO ..... 6 ← (PASSE A 133)
120	<b><u>ENCAMINHAMENTO MÉDICO PARA TRATAMENTO DA ANEMIA</u></b>  REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE ANEMIA NO FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO.	<p>O teste de anemia indica que (NOME DA CRIANÇA) tem anemia severa. A sua criança está muito doente e precisa de cuidados médicos o mais rápido possível.</p> <p>(PASSE A 133)</p>		

101	VERIFIQUE A COLUNA 11 DO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR. REGISTE O NÚMERO DE ORDEM E O NOME DE TODAS AS CRIANÇAS ELEGÍVEIS DE 0-5 ANOS NA PERGUNTA 102; SE TIVER MAIS DE SEIS CRIANÇAS, USE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL.			
		CRIANÇA 1	CRIANÇA 2	CRIANÇA 3
102	VERIFIQUE NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR: NÚMERO DE ORDEM NA COLUNA 11.  NOME NA COLUNA 2.	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____

121	(NOME DA CRIANÇA) tem alguns destes sintomas? a) Muita fraqueza? b) Problemas do coração? c) Perda de consciência/desmaios? d) Respiração rápida? e) Ataques de epilepsia? f) Sangramento anormal? g) Olhos amarelados? h) Urina escura?	SIM NÃO FRAQUEZA ..... 1 2 CORÇÃO ..... 1 2 DESMAIOS ..... 1 2 RESPIRAÇÃO ..... 1 2 EPILEPSIA ..... 1 2 SANGRAMENTO ... 1 2 OLHOS ..... 1 2 URINA ..... 1 2	SIM NÃO FRAQUEZA ..... 1 2 CORÇÃO ..... 1 2 DESMAIOS ..... 1 2 RESPIRAÇÃO ..... 1 2 EPILEPSIA ..... 1 2 SANGRAMENTO ... 1 2 OLHOS ..... 1 2 URINA ..... 1 2	SIM NÃO FRAQUEZA ..... 1 2 CORÇÃO ..... 1 2 DESMAIOS ..... 1 2 RESPIRAÇÃO ..... 1 2 EPILEPSIA ..... 1 2 SANGRAMENTO ... 1 2 OLHOS ..... 1 2 URINA ..... 1 2
122	VERIFIQUE 121 (a-h):	NENHUM "SIM" ..... 1 PELO MENOS UM "SIM" ..... 2 (PASSE A 125) ←	NENHUM "SIM" ..... 1 PELO MENOS UM "SIM" ..... 2 (PASSE A 125) ←	NENHUM "SIM" ..... 1 PELO MENOS UM "SIM" ..... 2 (PASSE A 125) ←
123	VERIFIQUE 116: NÍVEL DE HEMOGLOBINA	MENOR A 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 (PASSE A 125) ← 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE ..... 3 RECUSA ..... 4 OUTRO ..... 6	MENOR A 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 (PASSE A 125) ← 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE ..... 3 RECUSA ..... 4 OUTRO ..... 6	MENOR A 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 (PASSE A 125) ← 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE ..... 3 RECUSA ..... 4 OUTRO ..... 6
124	Nas últimas duas semanas, (NOME DA CRIANÇA) tomou ou está tomando algum medicamento antimalárico com base em artemisinina (TCA) dado por um técnico de saúde?  PEÇA VER O MEDICAMENTO	SIM ..... 1 (PASSE A 126) ←  NÃO ..... 2 (PASSE A 127) ←	SIM ..... 1 (PASSE A 126) ←  NÃO ..... 2 (PASSE A 127) ←	SIM ..... 1 (PASSE A 126) ←  NÃO ..... 2 (PASSE A 127) ←
125	<b><u>ENCAMINHAMENTO MÉDICO PARA MALÁRIA GRAVE</u></b>  REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE MALÁRIA NO FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO.	O teste de malária indica que o(a) (NOME DA CRIANÇA) tem malária. Ele(a) tem sintomas de malária grave. Os medicamentos que nós temos disponíveis não ajudariam à criança e por isso não posso oferecer esses medicamentos. A sua criança está muito doente e precisa de atenção médica o mais rápido possível.  (PASSE A 131)		
126	<b><u>ACONSELHAMENTO MÉDICO PARA CRIANÇA QUE TOMOU OU ESTÁ TOMANDO TCA</u></b>	O(A) (NOME) disse que o(a) (NOME DA CRIANÇA) tomou ou está a tomar antimalárico com base em artemisinina. Por isso não posso oferecer nenhum medicamento adicional. Contudo, o teste indica que a criança tem malária. Se a criança continuar com febre dois dias depois de ter tomado a última dose do antimalárico com base em artemisinina, você terá que procurar um médico o mais rápido possível.  (PASSE A 133)		
127	LEIA O CONSENTIMENTO E INFORMAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO DE MALÁRIA AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL	O teste de malária indica que o(a) (NOME DA CRIANÇA) tem malária. Podemos dar-lhe um medicamento gratuito. O medicamento chama-se Coartem e é muito eficaz, em poucos dias a sua criança não terá febre ou nenhum sintoma da malária. O medicamento é opcional. Por favor diga-me se aceita ou não o medicamento.		
128	MARQUE A RESPOSTA E ASSINE SEU NOME (TÉCNICO DE SAÚDE).	ACEITOU ..... 1  _____ (ASSINE) ← RECUSOU ..... 2 OUTRO ..... 3	ACEITOU ..... 1  _____ (ASSINE) ← RECUSOU ..... 2 OUTRO ..... 3	ACEITOU ..... 1  _____ (ASSINE) ← RECUSOU ..... 2 OUTRO ..... 3

101	VERIFIQUE A COLUNA 11 DO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR. REGISTE O NÚMERO DE ORDEM E O NOME DE TODAS AS CRIANÇAS ELEGÍVEIS DE 0-5 ANOS NA PERGUNTA 102; SE TIVER MAIS DE SEIS CRIANÇAS, USE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL.			
		CRIANÇA 1	CRIANÇA 2	CRIANÇA 3
102	VERIFIQUE NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR: NÚMERO DE ORDEM NA COLUNA 11.  NOME NA COLUNA 2.	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____
129	VERIFIQUE 128:  ACEITOU O MEDICAMENTO	ACEITOU ..... 1 RECUSOU ..... 2 OUTRO ..... 3 (PASSE A 133) ←	ACEITOU ..... 1 RECUSOU ..... 2 OUTRO ..... 3 (PASSE A 133) ←	ACEITOU ..... 1 RECUSOU ..... 2 OUTRO ..... 3 (PASSE A 133) ←
130	LEIA O CONSENTIMENTO E INFORMAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO DE MALÁRIA AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL	[INSERIR INSTRUÇÕES SOBRE A DOSE]  DIGA AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL: Se o(a) (NOME DA CRIANÇA) tem febre alta, dificuldade em respirar ou respiração rápida ou se não come ou não amamenta, ou se tiver mais algum outro sintoma e não melhorar em dois dias, você terá que procurar cuidados médicos o mais rápido possível. (PASSE A 133)		
131	VERIFIQUE 116:  NÍVEL DE HEMOGLOBINA	MENOR A 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE ..... 3 RECUSA ..... 4 OUTRO ..... 6 (PASSE A 133) ←	MENOR A 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE ..... 3 RECUSA ..... 4 OUTRO ..... 6 (PASSE A 133) ←	MENOR A 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE ..... 3 RECUSA ..... 4 OUTRO ..... 6 (PASSE A 133) ←
132	<b><u>ENCAMINHAMENTO MÉDICO PARA ANEMIA GRAVE</u></b>  REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE ANEMIA NO FORMULÁRIO ENCAMINHAMENTO.	O teste de anemia indica que o(a) (NOME DA CRIANÇA) tem anemia severa. O(A) (NOME DA CRIANÇA) está muito doente e precisa de cuidados médicos o mais rápido possível.		
133	VOLTE A 103 DA COLUNA SEGUINTE DESTE QUESTIONÁRIO OU VOLTE A PRIMEIRA COLUNA DA PROXIMA PÁGINA; SE NÃO TIVER MAIS CRIANÇAS, FINALIZE A ENTREVISTA.			

SECÇÃO 1: PESO, ALTURA E HEMOGLOBINA PARA AS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS

		CRIANÇA 4	CRIANÇA 5	CRIANÇA 6
102	VERIFIQUE NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR: NÚMERO DE ORDEM NA COLUNA 11.  NOME NA COLUNA 2.	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____
103	Qual é a data de nascimento de (NOME)?	DIA ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANO ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DIA ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANO ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DIA ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANO ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
104	VERIFIQUE 103: CRIANÇA NASCEU ENTRE 2010-2015?	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (PASSE A 133) ←	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (PASSE A 133) ←	SIM ..... 1 NÃO ..... 2 (PASSE A 133) ←
105	PESO EM QUILOGRAMOS.	KG. ... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE ..... 9994 RECUSOU ..... 9995 OUTRO ..... 9996	KG. ... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE ..... 9994 RECUSOU ..... 9995 OUTRO ..... 9996	KG. ... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> AUSENTE ..... 9994 RECUSOU ..... 9995 OUTRO ..... 9996
106	ALTURA EM CENTÍMETROS.	CM. ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> AUSENTE ..... 9994 RECUSOU ..... 9995 OUTRO ..... 9996 (PASSE A 108) ←	CM. ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> AUSENTE ..... 9994 RECUSOU ..... 9995 OUTRO ..... 9996 (PASSE A 108) ←	CM. ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> AUSENTE ..... 9994 RECUSOU ..... 9995 OUTRO ..... 9996 (PASSE A 108) ←
107	A CRIANÇA FOI MEDIDA DEITADA OU EM PÉ?	DEITADA ..... 1 EM PÉ ..... 2	DEITADA ..... 1 EM PÉ ..... 2	DEITADA ..... 1 EM PÉ ..... 2
108	MEDIDOR: REGISTE SEU NÚMERO DE AGENTE DE CAMPO.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nº DE AGENTE DE CAMPO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nº DE AGENTE DE CAMPO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nº DE AGENTE DE CAMPO
109	VERIFIQUE 103: CRIANÇA TEM 0-5 MESES DE IDADE, I.E., A CRIANÇA NASCEU NO MÊS DA ENTREVISTA OU NOS 5 MESES ANTERIORES?	0-5 MESES ..... 1 (PASSE A 133) ← MAIOR ..... 2	0-5 MESES ..... 1 (PASSE A 133) ← MAIOR ..... 2	0-5 MESES ..... 1 (PASSE A 133) ← MAIOR ..... 2
110	NÚMERO DE ORDEM DO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA NA COLUNA 1 DA LISTAGEM DO AGREGADO FAMILIAR.	NÚMERO DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/> (REGISTE '00' SE NÃO LISTADO)	NÚMERO DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/> (REGISTE '00' SE NÃO LISTADO)	NÚMERO DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/> (REGISTE '00' SE NÃO LISTADO)
111	PEÇA CONSENTIMENTO AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PARA O TESTE DE ANEMIA.	<p>Como parte deste inquérito, estamos a pedir aos participantes, em todo o país, a realizar um teste de anemia. A anemia é um problema grave para a saúde que geralmente é causada por má nutrição, infecção, ou uma doença crónica. Este inquérito ajudará o governo a desenvolver programas para a prevenção e tratamento da anemia. Solicitamos a participação de todas as crianças de zero aos 5 anos, permitindo a recolha de uma amostra de sangue do dedo ou do calcanhar. Para o efeito todo material a usar durante a colheita é novo, esterilizado e completamente seguro, e será descartado/posto no lixo logo depois do teste.</p> <p>A amostra será testada para anemia agora mesmo, o(a) (NOME) receberá o resultado dentro de alguns minutos. O resultado é estritamente confidencial e não será partilhado com ninguém além dos membros da equipa de trabalho.</p> <p>O(A) (NOME) tem alguma pergunta? Aceita ou não aceita que (NOME DA CRIANÇA) participe no teste de anemia?</p>		

		CRIANÇA 4	CRIANÇA 5	CRIANÇA 6
102	VERIFIQUE NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR: NÚMERO DE ORDEM NA COLUNA 11.  NOME NA COLUNA 2.	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOME _____	NOME _____	NOME _____

112	MARQUE A RESPOSTA DO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL E ASSINE SEU NOME (TÉCNICO DE SAÚDE).	ACEITA ..... 1 _____ (ASSINATURA) RECUSOU ..... 2 AUSENTE/OUTRO ..... 3	ACEITA ..... 1 _____ (ASSINATURA) RECUSOU ..... 2 AUSENTE/OUTRO ..... 3	ACEITA ..... 1 _____ (ASSINATURA) RECUSOU ..... 2 AUSENTE/OUTRO ..... 3
-----	---	---	---	---

113	PEÇA CONSENTIMENTO AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PARA O TESTE DE MALÁRIA.	<p>Como parte deste inquérito, estamos a pedir aos participantes, em todo o país, a realizar um teste de malária. A malária é uma doença grave causada por um parasita transmitido por picada de mosquitos. Este inquérito ajudará ao governo a desenvolver programas para a prevenção da malária.</p> <p>Solicitamos a participação de todas as crianças de zero aos 5 anos, permitindo a recolha de uma amostra de sangue do dedo ou do calcanhar para o teste de malária. Para o efeito todo material a usar durante a colheita é novo, esterilizado e completamente seguro, e será descartado/posto no lixo logo depois do teste. A amostra de sangue será feita com teste rápido e o(a) (NOME) receberá o resultado em 15 minutos. O resultado é estritamente confidencial e não será partilhado com ninguém além dos membros da equipa de trabalho.</p> <p>O(A) (NOME) tem alguma pergunta? Aceita ou não aceita que (NOME DA CRIANÇA) participe no teste de malária?</p>		
-----	---	---	--	--

114	MARQUE A RESPOSTA DO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL E ASSINE SEU NOME (TÉCNICO DE SAÚDE).	ACEITA ..... 1 _____ (ASSINATURA) RECUSOU ..... 2 AUSENTE/OUTRO ..... 3	ACEITA ..... 1 _____ (ASSINATURA) RECUSOU ..... 2 AUSENTE/OUTRO ..... 3	ACEITA ..... 1 _____ (ASSINATURA) RECUSOU ..... 2 AUSENTE/OUTRO ..... 3
-----	---	---	---	---

115	SOMENTE PARA O(S) TESTE(S) EM QUE CONSENTIMENTO FOI OBTIDO, PREPARE OS MATERIAIS NECESSÁRIOS E PROCEDA COM O(S) TESTE(S).			
-----	---	--	--	--

116	REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA AQUI E NO PAMFLETO DE ANEMIA E MALÁRIA.	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		RECUSOU ..... 995	RECUSOU ..... 995	RECUSOU ..... 995
		OUTRO ..... 996	OUTRO ..... 996	OUTRO ..... 996

117	MARQUE O CÓDIGO QUE CORRESPONDE PARA O TESTE RÁPIDO DE MALÁRIA.	TESTADO ..... 1 AUSENTE ..... 2 RECUSOU ..... 3 OUTRO ..... 4 (PASSE A 119) ←	TESTADO ..... 1 AUSENTE ..... 2 RECUSOU ..... 3 OUTRO ..... 4 (PASSE A 119) ←	TESTADO ..... 1 AUSENTE ..... 2 RECUSOU ..... 3 OUTRO ..... 4 (PASSE A 119) ←
-----	---	---	---	---

118	REGISTE O RESULTADO DO TESTE RÁPIDO DE MALÁRIA AQUI E NO PAMFLETO DE MALÁRIA.	POSITIVO ..... 1 (PASSE A 121) ← NEGATIVO ..... 2 OUTRO ..... 3	POSITIVO ..... 1 (PASSE A 121) ← NEGATIVO ..... 2 OUTRO ..... 3	POSITIVO ..... 1 (PASSE A 121) ← NEGATIVO ..... 2 OUTRO ..... 3
-----	---	--	--	--

119	VERIFIQUE 116:  NÍVEL DE HEMOGLOBINA	MENOR A 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE ..... 3 RECUSA ..... 4 OUTRO ..... 6 (PASSE A 133) ←	MENOR A 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE ..... 3 RECUSA ..... 4 OUTRO ..... 6 (PASSE A 133) ←	MENOR A 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE ..... 3 RECUSA ..... 4 OUTRO ..... 6 (PASSE A 133) ←
-----	--	--	--	--

120	<b><u>ENCAMINHAMENTO MÉDICO PARA TRATAMENTO DA ANEMIA</u></b>  REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE ANEMIA NO FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO.	<p>O teste de anemia indica que (NOME DA CRIANÇA) tem anemia severa. A sua criança está muito doente e precisa de cuidados médicos o mais rápido possível.</p> <p>(PASSE A 133)</p>		
-----	--	---	--	--

		CRIANÇA 4	CRIANÇA 5	CRIANÇA 6
102	VERIFIQUE NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR: NÚMERO DE ORDEM NA COLUNA 11.  NOME NA COLUNA 2.	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____

121	(NOME DA CRIANÇA) tem alguns destes sintomas? a) Muita fraqueza? b) Problemas do coração? c) Perda de consciência/desmaios? d) Respiração rápida? e) Ataques de epilepsia? f) Sangramento anormal? g) Olhos amarelados? h) Urina escura?	SIM NÃO FRAQUEZA ..... 1 2 CORÇÃO ..... 1 2 DESMAIOS ..... 1 2 RESPIRAÇÃO ..... 1 2 EPILEPSIA ..... 1 2 SANGRAMENTO ... 1 2 OLHOS ..... 1 2 URINA ..... 1 2	SIM NÃO FRAQUEZA ..... 1 2 CORÇÃO ..... 1 2 DESMAIOS ..... 1 2 RESPIRAÇÃO ..... 1 2 EPILEPSIA ..... 1 2 SANGRAMENTO ... 1 2 OLHOS ..... 1 2 URINA ..... 1 2	SIM NÃO FRAQUEZA ..... 1 2 CORÇÃO ..... 1 2 DESMAIOS ..... 1 2 RESPIRAÇÃO ..... 1 2 EPILEPSIA ..... 1 2 SANGRAMENTO ... 1 2 OLHOS ..... 1 2 URINA ..... 1 2
122	VERIFIQUE 121 (a-h):	NENHUM "SIM" ..... 1 PELO MENOS UM "SIM" ..... 2 } (PASSE A 125) ←	NENHUM "SIM" ..... 1 PELO MENOS UM "SIM" ..... 2 } (PASSE A 125) ←	NENHUM "SIM" ..... 1 PELO MENOS UM "SIM" ..... 2 } (PASSE A 125) ←
123	VERIFIQUE 116: NÍVEL DE HEMOGLOBINA	MENOR A 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 } (PASSE A 125) ← 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE ..... 3 RECUSA ..... 4 OUTRO ..... 6	MENOR A 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 } (PASSE A 125) ← 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE ..... 3 RECUSA ..... 4 OUTRO ..... 6	MENOR A 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 } (PASSE A 125) ← 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE ..... 3 RECUSA ..... 4 OUTRO ..... 6
124	Nas últimas duas semanas, (NOME DA CRIANÇA) tomou ou está tomando algum medicamento antimalárico com base em artemisinina (TCA) dado por um técnico de saúde?  PEÇA VER O MEDICAMENTO	SIM ..... 1 } (PASSE A 126) ← NÃO ..... 2 } (PASSE A 127) ←	SIM ..... 1 } (PASSE A 126) ← NÃO ..... 2 } (PASSE A 127) ←	SIM ..... 1 } (PASSE A 126) ← NÃO ..... 2 } (PASSE A 127) ←
125	<b><u>ENCAMINHAMENTO MÉDICO PARA MALÁRIA GRAVE</u></b>  REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE MALÁRIA NO FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO.	O teste de malária indica que o(a) (NOME DA CRIANÇA) tem malária. Ele(a) tem sintomas de malária grave. Os medicamentos que nós temos disponíveis não ajudariam à criança e por isso não posso oferecer esses medicamentos. A sua criança está muito doente e precisa de atenção médica o mais rápido possível.  (PASSE A 131)		
126	<b><u>ACONSELHAMENTO MÉDICO PARA CRIANÇA QUE TOMOU OU ESTÁ TOMANDO TCA</u></b>	O(A) (NOME) disse que o(a) (NOME DA CRIANÇA) tomou ou está a tomar antimalárico com base em artemisinina. Por isso não posso oferecer nenhum medicamento adicional. Contudo, o teste indica que a criança tem malária. Se a criança continuar com febre dois dias depois de ter tomado a última dose do antimalárico com base em artemisinina, você terá que procurar um médico o mais rápido possível.  (PASSE A 133)		
127	LEIA O CONSENTIMENTO E INFORMAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO DE MALÁRIA AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL	O teste de malária indica que o(a) (NOME DA CRIANÇA) tem malária. Podemos dar-lhe um medicamento gratuito. O medicamento chama-se Coartem e é muito eficaz, em poucos dias a sua criança não terá febre ou nenhum sintoma da malária. O medicamento é opcional. Por favor diga-me se aceita ou não o medicamento.		
128	MARQUE A RESPOSTA E ASSINE SEU NOME (TÉCNICO DE SAÚDE).	ACEITOU ..... 1 } (ASSINE) ← RECUSOU ..... 2 } OUTRO ..... 3	ACEITOU ..... 1 } (ASSINE) ← RECUSOU ..... 2 } OUTRO ..... 3	ACEITOU ..... 1 } (ASSINE) ← RECUSOU ..... 2 } OUTRO ..... 3

		CRIANÇA 4	CRIANÇA 5	CRIANÇA 6
102	VERIFIQUE NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR: NÚMERO DE ORDEM NA COLUNA 11.  NOME NA COLUNA 2.	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____
129	VERIFIQUE 128:  ACEITOU O MEDICAMENTO	ACEITOU ..... 1 RECUSOU ..... 2 OUTRO ..... 3 (PASSE A 133) ←	ACEITOU ..... 1 RECUSOU ..... 2 OUTRO ..... 3 (PASSE A 133) ←	ACEITOU ..... 1 RECUSOU ..... 2 OUTRO ..... 3 (PASSE A 133) ←
130	LEIA O CONSENTIMENTO E INFORMAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO DE MALÁRIA AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL	[INSERIR INSTRUÇÕES SOBRE A DOSE]  DIGA AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL: Se o(a) (NOME DA CRIANÇA) tem febre alta, dificuldade em respirar ou respiração rápida ou se não come ou não amamenta, ou se tiver mais algum outro sintoma e não melhorar em dois dias, você terá que procurar cuidados médicos o mais rápido possível. (PASSE A 133)		
131	VERIFIQUE 116:  NÍVEL DE HEMOGLOBINA	MENOR A 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE ..... 3 RECUSA ..... 4 OUTRO ..... 6 (PASSE A 133) ←	MENOR A 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE ..... 3 RECUSA ..... 4 OUTRO ..... 6 (PASSE A 133) ←	MENOR A 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE ..... 3 RECUSA ..... 4 OUTRO ..... 6 (PASSE A 133) ←
132	<b><u>ENCAMINHAMENTO MÉDICO PARA ANEMIA GRAVE</u></b>  REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE ANEMIA NO FORMULÁRIO ENCAMINHAMENTO.	O teste de anemia indica que o(a) (NOME DA CRIANÇA) tem anemia severa. O(A) (NOME DA CRIANÇA) está muito doente e precisa de cuidados médicos o mais rápido possível.		
133	VOLTE A 103 DA COLUNA SEGUINTE DESTA QUESTIONÁRIO OU VOLTE A PRIMEIRA COLUNA DA PROXIMA PÁGINA; SE NÃO TIVER MAIS CRIANÇAS, FINALIZE A ENTREVISTA.			

**SECÇÃO 2: TESTE DE VIH PARA MULHERES DE 15-49 ANOS**

201	VERIFIQUE COLUNA 9 DO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR. REGISTE O NÚMERO DE ORDEM, NOME, IDADE, E ESTADO CIVIL DE TODAS AS MULHERES ELEGÍVEIS NA PERGUNTA 202, 203 E 204. SE TIVER MAIS DE TRES MULHERES, USE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL.			
		MULHER 1	MULHER 2	MULHER 3
202	VERIFIQUE QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR:  Nº DE ORDEM DA COLUNA 9.  NOME NA COLUNA	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____
203	VERIFIQUE COLUNA 7 (IDADE) DO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR:	15-17 ANOS ..... 1 18-49 ANOS ..... 2 (PASSE A 205) ←	15-17 ANOS ..... 1 18-49 ANOS ..... 2 (PASSE A 205) ←	15-17 ANOS ..... 1 18-49 ANOS ..... 2 (PASSE A 205) ←
204	VERIFIQUE COLUNA 8 (ESTADO CIVIL) DO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO	CODIGO 5 (NUNCA EM UNIÃO MARITAL) ..... 1 (PASSE A 209) ←  OUTRO ..... 2	CODIGO 5 (NUNCA EM UNIÃO MARITAL) ..... 1 (PASSE A 209) ←  OUTRO ..... 2	CODIGO 5 (NUNCA EM UNIÃO MARITAL) ..... 1 (PASSE A 209) ←  OUTRO ..... 2

**CONSENTIMENTO DA ADULTA INQUIRIDA PARA A RECOLHA DE DBS**

C O N S E N T I M E N T O D E A D U L T A	205	PEÇA CONSENTIMENTO PARA A RECOLHA DE DBS.	<p>Como parte deste inquérito, estamos a pedir aos participantes, em todo o país, a dar uma amostra de sangue para o teste de VIH. O VIH é o vírus que pode resultar em SIDA. O teste de VIH ajudará a determinar quantas pessoas tem VIH.</p> <p>Para o teste de VIH, precisamos de algumas gotas de sangue do dedo. O material para a colheita de sangue é limpo e completamente seguro, nunca foi usado e será descartado depois do teste. A amostra de sangue não incluirá o seu nome, portanto, não poderemos entregar o resultado de seu teste. O resultado é estritamente confidencial e ninguém será capaz de saber o resultado de seu teste. Se a (NOME) quer saber se tem ou não VIH, , posso entregar-lhe uma ficha de encaminhamento para si eo seu parceiro e uma lista de Unidades Sanitárias [próximas] com Serviços de Aconselhamento e Testagem para o VIH.</p> <p>A (NOME) tem alguma pergunta? Aceita ou não dar uma amostra de sangue para o teste de VIH?</p>		
	206	MARQUE O CÓDIGO, ASSINE SEU NOME (TÉCNICO DE SAÚDE) E REGISTE SEU NÚMERO DE AGENTE DE CAMPO.	ACEITOU ..... 1 INQUIRIDA RECUSOU .... 2 ← _____ (ASSINE E REGISTE NÚMERO DE AGENTE DE CAMPO) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (SE RECUSOU, PASSE A 221) AUSENTE/OUTRO ..... 3 (PASSE A 221) ←	ACEITOU ..... 1 INQUIRIDA RECUSOU .... 2 ← _____ (ASSINE E REGISTE NÚMERO DE AGENTE DE CAMPO) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (SE RECUSOU, PASSE A 221) AUSENTE/OUTRO ..... 3 (PASSE A 221) ←	ACEITOU ..... 1 INQUIRIDA RECUSOU .... 2 ← _____ (ASSINE E REGISTE NÚMERO DE AGENTE DE CAMPO) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (SE RECUSOU, PASSE A 221) AUSENTE/OUTRO ..... 3 (PASSE A 221) ←

**CONSENTIMENTO DA ADULTA INQUIRIDA PARA TESTES ADICIONAIS**

CONS · I N Q · A D U L T A	207	PEÇA CONSENTIMENTO PARA TESTES ADICIONAIS.	Pedimos a sua autorização para que o Ministério de Saúde armazene amostras de sangue no laboratório para fazer testes adicionais. Não sabemos ainda quais serão os testes adicionais.  A amostra de sangue não incluirá seu nome ou outros identificadores. É possível aceitar o teste de VIH e não aceitar o armazenamento das amostras para testes adicionais.  A (NOME) autoriza que se armazene a amostra de sangue para testes adicionais?		
	208	MARQUE O CÓDIGO E ASSINE SEU NOME (TÉCNICO DE SAÚDE).	ACEITOU ..... 1 INQUIRIDA RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINE E PASSE A 218)	ACEITOU ..... 1 INQUIRIDA RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINE E PASSE A 218)	ACEITOU ..... 1 INQUIRIDA RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINE E PASSE A 218)
209	REGISTE O NÚMERO DE ORDEM DO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL DA ADOLESCENTE.	NÚMERO DE ORDEM DO PAI/MÃE OU OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL [ ][ ] (REGISTE '00' SE NÃO LISTADO)	NÚMERO DE ORDEM DO PAI/MÃE OU OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL [ ][ ] (REGISTE '00' SE NÃO LISTADO)	NÚMERO DE ORDEM DO PAI/MÃE OU OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL [ ][ ] (REGISTE '00' SE NÃO LISTADO)	

**CONSENTIMENTO DO PAI/MAE/ADULTO RESPONSÁVEL PARA A RECOLHA DE DBS**

CONS · D O P A I / M Ã E / A D U L T O	210	PEÇA CONSENTIMENTO AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PARA A RECOLHA DE DBS.	Como parte deste inquérito, estamos a pedir aos participantes, em todo o país, a dar uma amostra de sangue para o teste de VIH. O VIH é o vírus que pode resultar em SIDA. O teste de VIH ajudará a determinar quantas pessoas tem VIH.  Para o teste de VIH, precisamos de algumas gotas de sangue do dedo. O material para a colheita de sangue é limpo e completamente seguro, nunca foi usado e será descartado depois do teste. A amostra de sangue não inclui nomes, portanto, não poderemos entregar o resultado do teste. O resultado é estritamente confidencial e ninguém será capaz de saber o resultado do teste da (NOME DA INQUIRIDA MENOR DE IDADE). Se (NOME DA INQUIRIDA MENOR DE IDADE) quer saber se tem ou não VIH, , posso entregar-lhe uma ficha de encaminhamento e uma lista de Unidades Sanitárias [próximas] com serviços de aconselhamento e testagem para o VIH.  O(A) (NOME) tem alguma pergunta? Aceita ou não que (NOME DA INQUIRIDA MENOR DE IDADE) dê uma amostra de sangue para o teste de VIH?		
	211	MARQUE O CÓDIGO E ASSINE SEU NOME (TÉCNICO DE SAÚDE).	ACEITOU ..... 1 PAIS/ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINE E REGISTE NÚMERO DE AGENTE DE CAMPO) [ ][ ][ ][ ] (SE RECUSOU, PASSE A 221) AUSENTE/OUTRO ..... 3 (PASSE A 221)	ACEITOU ..... 1 PAIS/ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINE E REGISTE NÚMERO DE AGENTE DE CAMPO) [ ][ ][ ][ ] (SE RECUSOU, PASSE A 221) AUSENTE/OUTRO ..... 3 (PASSE A 221)	ACEITOU ..... 1 PAIS/ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINE E REGISTE NÚMERO DE AGENTE DE CAMPO) [ ][ ][ ][ ] (SE RECUSOU, PASSE A 221) AUSENTE/OUTRO ..... 3 (PASSE A 221)

**CONSENTIMENTO DA INQUIRIDA MENOR DE IDADE PARA A RECOLHA DE DBS**

CONS · DA · INQ · MENOR	212	PEÇA CONSENTIMENTO À INQUIRIDA MENOR DE IDADE PARA A RECOLHA DE DBS.	<p>Como parte deste inquérito, estamos a pedir aos participantes, em todo o país, a dar uma amostra de sangue para o teste de VIH. O VIH é o vírus que pode resultar em SIDA. O teste de VIH ajudará a determinar quantas pessoas têm VIH.</p> <p>Para o teste de VIH, precisamos de algumas gotas de sangue do dedo. O material para a colheita de sangue é limpo e completamente seguro, nunca foi usado e será descartado depois do teste. A amostra de sangue não incluirá seu nome, portanto, não poderemos entregar o resultado do seu teste. O resultado é estritamente confidencial e ninguém será capaz de saber o resultado de seu teste. Se a (NOME DA INQUIRIDA MENOR DE IDADE) quiser saber se tem VIH, posso entregar-lhe uma ficha de encaminhamento e uma lista de Unidades Sanitárias [próximas] com Serviços de Aconselhamento e Testagem para o VIH.</p> <p>A (NOME DA INQUIRIDA MENOR DE IDADE) tem alguma pergunta? Aceita ou não, dar uma amostra de sangue para o teste de VIH?</p>		
	213	MARQUE O CÓDIGO E ASSINE SEU NOME (TÉCNICO DE SAÚDE).	ACEITOU ..... 1 MENOR DE IDADE RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINE) (SE RECUSOU, PASSE A 221) AUSENTE/OUTRO ..... 3 (PASSE A 221)	ACEITOU ..... 1 MENOR DE IDADE RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINE) (SE RECUSOU, PASSE A 221) AUSENTE/OUTRO ..... 3 (PASSE A 221)	ACEITOU ..... 1 MENOR DE IDADE RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINE) (SE RECUSOU, PASSE A 221) AUSENTE/OUTRO ..... 3 (PASSE A 221)

**CONSENTIMENTO DO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PARA TESTES ADICIONAIS**

CONS · PAI · MÃE · ADULTO	214	PEÇA CONSENTIMENTO AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PARA TESTES ADICIONAIS.	<p>Pedimos sua autorização para que o Ministério de Saúde armazene as amostras de sangue no laboratório para fazer testes adicionais. Não sabemos ainda quais serão os testes adicionais.</p> <p>A amostra de sangue não incluirá o nome ou outros identificadores da (NOME DA INQUIRIDA MENOR DE IDADE). É possível aceitar o teste de VIH para (NOME DA INQUIRIDA MENOR DE IDADE) e não aceitar o armazenamento da amostra para testes adicionais.</p> <p>O(A) (NOME) autoriza que se armazene a amostra de sangue para testes adicionais?</p>		
	215	MARQUE O CÓDIGO E ASSINE SEU NOME (TÉCNICO DE SAÚDE).	ACEITOU ..... 1 PAIS/ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINE) (SE RECUSOU, PASSE A 218)	ACEITOU ..... 1 PAIS/ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINE) (SE RECUSOU, PASSE A 218)	ACEITOU ..... 1 PAIS/ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINE) (SE RECUSOU, PASSE A 218)

CONSENTIMENTO DA INQUIRIDA MENOR DE IDADE PARA TESTES ADICIONAIS					
C O N S E N T I M E N T O	216	PEÇA CONSENTIMENTO À INQUIRIDA MENOR DE IDADE PARA TESTES ADICIONAIS.	<p>Pedimos sua autorização para que o Ministério de Saúde armazene amostras de sangue no laboratório para fazer testes adicionais. Não sabemos ainda quais serão os testes adicionais.</p> <p>A amostra de sangue não incluirá seu nome ou outros identificadores. É possível aceitar o teste de VIH e não aceitar o armazenamento das amostras para testes adicionais.</p> <p>A (NOME DA INQUIRIDA MENOR DE IDADE) autoriza que se armazene a amostra de sangue para testes adicionais?</p>		
	M E N O R	217	MARQUE O CÓDIGO E ASSINE SEU NOME (TÉCNICO DE SAÚDE).	<p>ACEITOU ..... 1</p> <p>MENOR DE IDADE</p> <p>RECUSOU ..... 2</p> <p>←</p> <p>_____</p> <p>(ASSINE)</p>	<p>ACEITOU ..... 1</p> <p>MENOR DE IDADE</p> <p>RECUSOU ..... 2</p> <p>←</p> <p>_____</p> <p>(ASSINE)</p>
218 SOMENTE PARA O(S) TESTE(S) EM QUE CONSENTIMENTO FOI OBTIDO, PREPARE OS MATERIAIS NECESSÁRIOS E PROCEDA COM O(S) TESTE(S).					
219 TESTES ADICIONAIS.					
		<p>VERIFIQUE 208 SE A INQUIRIDA É ADULTA; VERIFIQUE 215 E 217 SE A INQUIRIDA É MENOR DE IDADE.</p> <p>SE NÃO OBTEVE CONSENTIMENTO, REGISTE "NÃO ACEITA TESTES ADICIONAIS" NO PAPÉL DE FILTRO (DBS).</p>	<p>VERIFIQUE 208 SE A INQUIRIDA É ADULTA; VERIFIQUE 215 E 217 SE A INQUIRIDA É MENOR DE IDADE.</p> <p>SE NÃO OBTEVE CONSENTIMENTO, REGISTE "NÃO ACEITA TESTES ADICIONAIS" NO PAPÉL DE FILTRO (DBS).</p>	<p>VERIFIQUE 208 SE A INQUIRIDA É ADULTA; VERIFIQUE 215 E 217 SE A INQUIRIDA É MENOR DE IDADE.</p> <p>SE NÃO OBTEVE CONSENTIMENTO, REGISTE "NÃO ACEITA TESTES ADICIONAIS" NO PAPÉL DE FILTRO (DBS).</p>	
220 COLE A ETIQUETA DE CÓDIGO DE BARRA.		<p>COLE A 1ª ETIQUETA DE CÓDIGO DE BARRA AQUI.</p> <p>AUSENTE ..... 99994</p> <p>RECUSOU ..... 99995</p> <p>OUTRO ..... 99996</p> <p>COLE A 2ª ETIQUETA DE CÓDIGO DE BARRA NO PAPÉL DE FILTRO (DBS) E A 3ª ETIQUETA NA FOLHA DE TRANSMISSÃO.</p>	<p>COLE A 1ª ETIQUETA DE CÓDIGO DE BARRA AQUI.</p> <p>AUSENTE ..... 99994</p> <p>RECUSOU ..... 99995</p> <p>OUTRO ..... 99996</p> <p>COLE A 2ª ETIQUETA DE CÓDIGO DE BARRA NO PAPÉL DE FILTRO (DBS) E A 3ª ETIQUETA NA FOLHA DE TRANSMISSÃO.</p>	<p>COLE A 1ª ETIQUETA DE CÓDIGO DE BARRA AQUI.</p> <p>AUSENTE ..... 99994</p> <p>RECUSOU ..... 99995</p> <p>OUTRO ..... 99996</p> <p>COLE A 2ª ETIQUETA DE CÓDIGO DE BARRA NO PAPÉL DE FILTRO (DBS) E A 3ª ETIQUETA NA FOLHA DE TRANSMISSÃO.</p>	
221 VOLTE A 202 DA COLUNA SEGUINTE DESTE QUESTIONÁRIO OU VOLTE A PRIMEIRA COLUNA DE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL; SE NÃO TIVER MAIS MULHERES, PASSE A 301.					

**SECÇÃO 3: TESTE DE VIH PARA HOMENS DE 15-54 ANOS**

301	VERIFIQUE COLUNA 10 DO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR. REGISTE O NÚMERO DE ORDEM, NOME, IDADE, E ESTADO CIVIL DE TODAS OS HOMENS ELEGÍVEIS NA PERGUNTA 302, 303 E 304. SE TIVER MAIS DE TRES HOMENS, USE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL.			
		HOMEM 1	HOMEM 2	HOMEM 3
302	VERIFIQUE QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR:  NÚMERO DE ORDEM DA COLUNA 10.	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____	Nº DE ORDEM ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOME _____
303	VERIFIQUE COLUNA 7 (IDADE) DO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR:	15-17 ANOS ..... 1 18-54 ANOS ..... 2 } (PASSE A 305) ←	15-17 ANOS ..... 1 18-54 ANOS ..... 2 } (PASSE A 305) ←	15-17 ANOS ..... 1 18-54 ANOS ..... 2 } (PASSE A 305) ←
304	VERIFIQUE COLUNA 8 (ESTADO CIVIL) DO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO	CODIGO 5 (NUNCA EM UNIÃO MARITAL) ..... 1 } (PASSE A 309) ←  OUTRO ..... 2	CODIGO 5 (NUNCA EM UNIÃO MARITAL) ..... 1 } (PASSE A 309) ←  OUTRO ..... 2	CODIGO 5 (NUNCA EM UNIÃO MARITAL) ..... 1 } (PASSE A 309) ←  OUTRO ..... 2

**CONSENTIMENTO DO ADULTO INQUIRIDO PARA A RECOLHA DE DBS**

C O N S E N T I M E N T O D O A D U L T O I N Q U I R I D O	305	PEÇA CONSENTIMENTO PARA A RECOLHA DE DBS.	<p>Como parte deste inquérito, estamos a pedir aos participantes, em todo o país, a dar uma amostra de sangue para o teste de VIH. O VIH é o vírus que pode resultar em SIDA. O teste de VIH ajudará a determinar quantas pessoas tem VIH.</p> <p>Para o teste de VIH, precisamos de algumas gotas de sangue do dedo. O material para a colheita de sangue é limpo e completamente seguro, nunca foi usado e será descartado depois do teste. A amostra de sangue não incluirá o seu nome, portanto, não poderemos entregar o resultado de seu teste. O resultado é estritamente confidencial e ninguém será capaz de saber o resultado de seu teste. Se o (NOME) quer saber se tem ou não VIH, , posso entregar-lhe uma ficha de encaminhamento para si e sua parceira e uma lista de Unidades Sanitárias [próximas] com Serviços de Aconselhamento e Testagem para o VIH.</p> <p>O (NOME) tem alguma pergunta? Aceita ou não dar uma amostra de sangue para o teste de VIH?</p>		
	306	MARQUE O CÓDIGO, ASSINE SEU NOME (TÉCNICO DE SAÚDE) E REGISTE SEU NÚMERO DE AGENTE DE CAMPO.	ACEITOU ..... 1 } INQUIRIDO RECUSOU .... 2 } _____ (ASSINE E REGISTE NÚMERO DE AGENTE DE CAMPO) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (SE RECUSOU, PASSE A 321) AUSENTE/OUTRO ..... 3 } (PASSE A 321) ←	ACEITOU ..... 1 } INQUIRIDO RECUSOU .... 2 } _____ (ASSINE E REGISTE NÚMERO DE AGENTE DE CAMPO) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (SE RECUSOU, PASSE A 321) AUSENTE/OUTRO ..... 3 } (PASSE A 321) ←	ACEITOU ..... 1 } INQUIRIDO RECUSOU .... 2 } _____ (ASSINE E REGISTE NÚMERO DE AGENTE DE CAMPO) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (SE RECUSOU, PASSE A 321) AUSENTE/OUTRO ..... 3 } (PASSE A 321) ←

**CONSENTIMENTO DA ADULTO INQUIRIDO PARA TESTES ADICIONAIS**

CONS · A D U L T O  I N Q	307	PEÇA CONSENTIMENTO PARA TESTES ADICIONAIS.	Pedimos sua autorização para que o Ministério de Saúde armazene amostras de sangue no laboratório para fazer testes adicionais. Não sabemos ainda quais serão os testes adicionais.  A amostra de sangue não inclua seu nome ou outros identificadores. É possível aceitar o teste de VIH e não aceitar o armazenamento das amostras para testes adicionais.  O (NOME) autoriza que se armazene a amostra de sangue para testes adicionais?		
	308	MARQUE O CÓDIGO E ASSINE SEU NOME (TÉCNICO DE SAÚDE).	ACEITOU ..... 1 INQUIRIDO RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINE E PASSE A 318)	ACEITOU ..... 1 INQUIRIDO RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINE E PASSE A 318)	ACEITOU ..... 1 INQUIRIDO RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINE E PASSE A 318)

309	REGISTE O NÚMERO DE ORDEM DO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL DA ADOLESCENTE.	NÚMERO DE ORDEM DO PAI/MÃE OU OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL [ ][ ] (REGISTE '00' SE NÃO LISTADO)	NÚMERO DE ORDEM DO PAI/MÃE OU OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL [ ][ ] (REGISTE '00' SE NÃO LISTADO)	NÚMERO DE ORDEM DO PAI/MÃE OU OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL [ ][ ] (REGISTE '00' SE NÃO LISTADO)
-----	---	---	---	---

**CONSENTIMENTO DO PAI/MAE/ADULTO RESPONSÁVEL PARA A RECOLHA DE DBS**

CONS · P A I / M Ã E / A D U L T O	310	PEÇA CONSENTIMENTO AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PARA A RECOLHA DE DBS.	Como parte deste inquérito, estamos a pedir aos participantes, em todo o país, a dar uma amostra de sangue para o teste de VIH. O VIH é o vírus que pode resultar em SIDA. O teste do VIH ajudará a determinar quantas pessoas tem VIH.  Para o teste de VIH, precisamos de algumas gotas de sangue do dedo. O material para a colheita de sangue é limpo e completamente seguro, nunca foi usado e será descartado depois do teste. A amostra de sangue não inclui nomes, portanto, não poderemos entregar o resultado do teste. O resultado é estritamente confidencial e ninguém será capaz de saber o resultado do teste do (NOME DA INQUIRIDO MENOR DE IDADE). Se (NOME DO INQUIRIDO MENOR DE IDADE) quer saber se tem ou não VIH, , posso entregar-lhe uma ficha de encaminhamento e uma lista de Unidades Sanitárias [próximas] com serviços de aconselhamento e testagem para o VIH.  O(A) (NOME) tem alguma pergunta? Aceita ou não que (NOME DO INQUIRIDO MENOR DE IDADE) dê uma amostra de sangue para o teste de VIH?		
	311	MARQUE O CÓDIGO E ASSINE SEU NOME (TÉCNICO DE SAÚDE).	ACEITOU ..... 1 PAIS/ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINE E REGISTE NÚMERO DE AGENTE DE CAMPO) [ ][ ][ ][ ] (SE RECUSOU, PASSE A 321) AUSENTE/OUTRO ..... 3 (PASSE A 321)	ACEITOU ..... 1 PAIS/ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINE E REGISTE NÚMERO DE AGENTE DE CAMPO) [ ][ ][ ][ ] (SE RECUSOU, PASSE A 321) AUSENTE/OUTRO ..... 3 (PASSE A 321)	ACEITOU ..... 1 PAIS/ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINE E REGISTE NÚMERO DE AGENTE DE CAMPO) [ ][ ][ ][ ] (SE RECUSOU, PASSE A 321) AUSENTE/OUTRO ..... 3 (PASSE A 321)

**CONSENTIMENTO DO INQUIRIDO MENOR DE IDADE PARA A RECOLHA DE DBS**

C O N S E N T I M E N T O	312	PEÇA CONSENTIMENTO AO INQUIRIDO MENOR DE IDADE PARA A RECOLHA DE DBS.	<p>Como parte deste inquérito, estamos a pedir aos participantes, em todo o país, a dar uma amostra de sangue para o teste de VIH. O VIH é o vírus que pode resultar em SIDA. O teste de VIH ajudará a determinar quantas pessoas têm VIH.</p> <p>Para o teste de VIH, precisamos de algumas gotas de sangue do dedo. O material para a colheita de sangue é limpo e completamente seguro, nunca foi usado e será descartado depois do teste. A amostra de sangue não incluirá o seu nome, portanto, não poderemos entregar o resultado do seu teste. O resultado é estritamente confidencial e ninguém será capaz de saber o resultado de seu teste. Se o (NOME DO INQUIRIDO MENOR DE IDADE) quiser saber se tem VIH, posso entregar-lhe uma ficha de encaminhamento e uma lista de Unidades Sanitárias [próximas] com Serviços de Aconselhamento e Testagem para o VIH.</p> <p>O (NOME DO INQUIRIDO MENOR DE IDADE) tem alguma pergunta? Aceita ou não, dar uma amostra de sangue para o teste de VIH?</p>		
	M E N O R	313	MARQUE O CÓDIGO E ASSINE SEU NOME (TÉCNICO DE SAÚDE).	ACEITOU ..... 1 MENOR DE IDADE RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINE) (SE RECUSOU, PASSE A 321) AUSENTE/OUTRO ..... 3 (PASSE A 321)	ACEITOU ..... 1 MENOR DE IDADE RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINE) (SE RECUSOU, PASSE A 321) AUSENTE/OUTRO ..... 3 (PASSE A 321)

**CONSENTIMENTO DO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PARA TESTES ADICIONAIS**

C O N S E N T I M E N T O	P A I / M Ã E / A D U L T O	314	PEÇA CONSENTIMENTO AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PARA TESTES	<p>Pedimos sua autorização para que o Ministério de Saúde armazene as amostras de sangue no laboratório para fazer testes adicionais. Não sabemos ainda quais serão os testes adicionais.</p> <p>A amostra de sangue não incluirá o nome ou outros identificadores do (NOME DO INQUIRIDO MENOR DE IDADE). É possível aceitar o teste de VIH para (NOME DO INQUIRIDO MENOR DE IDADE) e não aceitar o armazenamento da amostra para testes adicionais.</p> <p>O(A) (NOME) autoriza que se armazene a amostra de sangue para testes adicionais?</p>		
		315	MARQUE O CÓDIGO E ASSINE SEU NOME (TÉCNICO DE SAÚDE).	ACEITOU ..... 1 PAIS/ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINE) (SE RECUSOU, PASSE A 318)	ACEITOU ..... 1 PAIS/ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINE) (SE RECUSOU, PASSE A 318)	ACEITOU ..... 1 PAIS/ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU ..... 2 _____ (ASSINE) (SE RECUSOU, PASSE A 318)

CONSENTIMENTO DO INQUIRIDO MENOR DE IDADE PARA TESTES ADICIONAIS				
C O N S E N T I M E N T O	I N Q U I R I D O	M E N O R	316	<p>PEÇA CONSENTIMENTO AO INQUIRIDO MENOR DE IDADE PARA TESTES</p> <p>Pedimos a sua autorização para que o Ministério de Saúde armazene amostras de sangue no laboratório para fazer testes adicionais. Não sabemos ainda quais serão os testes adicionais.</p> <p>A amostra de sangue não incluirá seu nome ou outros identificadores. É possível aceitar o teste de VIH e não aceitar o armazenamento das amostras para testes adicionais.</p> <p>O (NOME DO INQUIRIDO MENOR DE IDADE) autoriza que se armazene a amostra de sangue para testes adicionais?</p>
			317	<p>MARQUE O CÓDIGO E ASSINE SEU NOME (TÉCNICO DE SAÚDE).</p> <p>ACEITOU ..... 1 MENOR DE IDADE RECUSOU ..... 2</p> <p>←</p> <p>_____ (ASSINE)</p>
			318	<p>SOMENTE PARA O(S) TESTE(S) EM QUE CONSENTIMENTO FOI OBTIDO, PREPARE OS MATERIAIS NECESSÁRIOS E PROCEDA COM O(S) TESTE(S).</p>
			319	<p>TESTES ADICIONAIS.</p> <p>VERIFIQUE 308 SE O INQUIRIDO É ADULTO; VERIFIQUE 315 E 317 SE O INQUIRIDO É MENOR DE IDADE.</p> <p>SE NÃO OBTEVE CONSENTIMENTO, REGISTE "NÃO ACEITA TESTES ADICIONAIS" NO PAPÉL DE FILTRO (DBS).</p>
			320	<p>COLE A ETIQUETA DE CÓDIGO DE BARRA.</p> <p>COLE A 1<sup>A</sup> ETIQUETA DE CÓDIGO DE BARRA AQUI.</p> <p>AUSENTE ..... 99994 RECUSOU ..... 99995 OUTRO ..... 99996</p> <p>COLE A 2<sup>A</sup> ETIQUETA DE CÓDIGO DE BARRA NO PAPÉL DE FILTRO (DBS) E A 3<sup>A</sup> ETIQUETA NA FOLHA DE TRANSMISSÃO</p>
			321	<p>VOLTE A 302 DA COLUNA SEGUINTE DESTA QUESTIONÁRIO OU VOLTE A PRIMEIRA COLUNA DE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL; SE NÃO TIVER MAIS HOMENS, FINALIZE A ENTREVISTA.</p>

