

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ
EDSMD-IV 2008
QUESTIONNAIRE BIOMARQUEURS

RÉPUBLIQUE DE MADAGASCAR
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

DIRECTION DE LA DÉMOGRAPHIE
ET DES STATISTIQUES SOCIALES

IDENTIFICATION				
NOM DE LA LOCALITÉ _____	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> GRAPPE MÉNA./GRAP. STRUCTURE MÉNAGE/STRUCT. RÉGION COMMUNE RÉSIDENCE </div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 100px; position: relative;"> <!-- Grid representation of the form --> </div> </div>			
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____				
NUMÉRO DE GRAPPE				
NUMÉRO SÉQUENTIEL DU MÉNAGE DANS LA GRAPPE (BUREAU)				
NUMÉRO DE STRUCTURE (BÂTIMENT)				
NUMÉRO DE MÉNAGE (DANS LA STRUCTURE)				
RÉGION				
COMMUNE				
ANTANANARIVO/AUTRE VILLE/RURAL	(ANTANANARIVO=1, AUTRE VILLE=2, RURAL=3)			

VISITES D'ENQUÊTEURS				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR MOIS ANNÉE <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; padding: 2px;">200</div> CODE ENQU. RÉSULTAT
NOM DE L'ENQUÊTEUR	_____	_____	_____	
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	
PROCHAINE DATE VISITE : HEURE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div>
*CODES RÉSULTATS : 1 REMPLI 2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT AU MOMENT DE LA VISITE 3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE 4 DIFFÉRÉ 5 REFUSÉ 6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE 7 LOGEMENT DÉTRUIT 8 LOGEMENT NON TROUVÉ 9 AUTRE _____ <div style="text-align: center;">(PRÉCISER)</div>				TOTAL D'ENFANTS 0-5 ÉLIGIBLES <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> TOTAL DE FEMMES 15-49 ÉLIGIBLES <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> TOTAL D'HOMMES 15-59 ÉLIGIBLES <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div>

CONTRÔLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____ <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div>	NOM _____ <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div>		
DATE _____ <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div>	DATE _____ <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div>		

MESURES DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ANS				
101	VÉRIFIER COLONNE 11 DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE. INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE ET L'ÂGE DE CHAQUE ENFANT DE 0-5 ANS À Q.102. S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE : N° DE LIGNE DE LA COLONNE 11 NOM DE LA COLONNE 2	N° DE LIGNE NOM	N° DE LIGNE NOM	N° DE LIGNE NOM
103	Quelle est la date de naissance de (NOM) ? SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE, COPIER LE MOIS ET L'ANNÉE À PARTIR DU TABLEAU DES NAISSANCES ET DEMANDER LE JOUR ; SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDER : Quel est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR MOIS ANN.	JOUR MOIS ANN.	JOUR MOIS ANN.
104	VÉRIFIER 103 : ENFANT NÉ EN JANVIER 2003 OU PLUS TARD ?	OUI 1 NON 2 (ALLER À 103 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS ALLER À 104)	OUI 1 NON 2 (ALLER À 103 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS ALLER À 104)	OUI 1 NON 2 (ALLER À 103 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS ALLER À 104)
105	POIDS EN KILOGRAMMES	KG.	KG.	KG.
106	TAILLE EN CENTIMÈTRES	CM.	CM.	CM.
107	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2
108	RÉSULTAT : MESURES DU POIDS ET DE LA TAILLE	MESURÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6	MESURÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6	MESURÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6
109	VÉRIFIER 103 : ENFANT DE 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE, NÉ AU COURS DES CINQ DERNIERS MOIS ?	0-5 MOIS 1 (ALLER À 103 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS PLUS ÂGE 2)	0-5 MOIS 1 (ALLER À 103 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS PLUS ÂGE 2)	0-5 MOIS 1 (ALLER À 103 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS PLUS ÂGE 2)
110	N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (COLONNE 1) NOTER '00' SI NON LISTÉ.	N° DE LIGNE	N° DE LIGNE	N° DE LIGNE
CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ANS				
111	<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 d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2003 ou plus tard participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et absolument sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont confidentiels.</p> <p>Avez-vous des questions ? Vous pouvez dire OUI pour le test, ou NON. C'est votre décision.</p> <p>Autorisez-vous (NOM(S) DE(S) L'ENFANT(S)) à participer au test d'anémie ? ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ À Q.111A ET SIGNER.</p>			
111A	LIRE LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE. ENCERCLER CODE ET SIGNER.	ACCORDÉ 1 (SIGNER) REFUSÉ 2 (SI REFUSÉ, PASSER À 113)	ACCORDÉ 1 (SIGNER) REFUSÉ 2 (SI REFUSÉ, PASSER À 113)	ACCORDÉ 1 (SIGNER) REFUSÉ 2 (SI REFUSÉ, PASSER À 113)
112	NOTER LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET SUR LA BROCHURE SUR	G/DL	G/DL	G/DL
113	CODE RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE	MESURÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6	MESURÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6	MESURÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6
114	RETOURNER À 103 DANS LA COLONNE SUIVANTE ; SI PLUS D'ENFANTS ALLER À 201.			

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE : N° DE LIGNE DE LA COLONNE 11 NOM DE LA COLONNE 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM
103	Quelle est la date de naissance de (NOM) ? SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE, COPIER LE MOIS ET L'ANNÉE À PARTIR DU TABLEAU DES NAISSANCES ET DEMANDER LE JOUR ; SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDER : Quel est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANN. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANN. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANN. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
104	VÉRIFIER 103 : ENFANT NÉ EN JANVIER 2003 OU PLUS TARD ?	OUI 1 NON 2 (ALLER À 103 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS ALLER À ...)	OUI 1 NON 2 (ALLER À 103 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS ALLER À ...)	OUI 1 NON 2 (ALLER À 103 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS ALLER À ...)
105	POIDS EN KILOGRAMMES	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
106	TAILLE EN CENTIMÈTRES	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
107	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2
108	RÉSULTAT : MESURES DU POIDS ET DE LA TAILLE	MESURÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6	MESURÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6	MESURÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6
109	VÉRIFIER 103 : ENFANT DE 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE, NÉ AU COURS DES CINQ DERNIERS MOIS ?	0-5 MOIS 1 (ALLER À 103 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS PLUS ÂGÉ 2)	0-5 MOIS 1 (ALLER À 103 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS PLUS ÂGÉ 2)	0-5 MOIS 1 (ALLER À 103 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS PLUS ÂGÉ 2)
110	N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (COLONNE 1) NOTER '00' SI NON LISTÉ.	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ANS				
111	<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 d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2003 ou plus tard participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et absolument sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont confidentiels.</p> <p>Avez-vous des questions ? Vous pouvez dire OUI pour le test, ou NON. C'est votre décision.</p> <p>Autorisez-vous (NOM(S) DE(S) L'ENFANT(S)) à participer au test d'anémie ? ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ À Q.111A ET SIGNER.</p>			
111A	LIRE LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE. ENCERCLER CODE ET SIGNER.	ACCORDÉ 1 (SIGNER) REFUSÉ 2 (SI REFUSÉ, PASSER À 113)	ACCORDÉ 1 (SIGNER) REFUSÉ 2 (SI REFUSÉ, PASSER À 113)	ACCORDÉ 1 (SIGNER) REFUSÉ 2 (SI REFUSÉ, PASSER À 113)
112	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU D'HÉMOGLOBINE IC ET SUR ILA FICHE DE L'ANÉMIE	G/DL . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	G/DL . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	G/DL . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
113	CODE RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE	MESURÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6	MESURÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6	MESURÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6
	POUR CHAQUE ENFANT QUI A ÉTÉ TESTÉ, ENSUITE PRÉPARER LA FICHE DE RÉSULTAT POUR LA DONNÉE AU PARENT (OU AUTRE ADULTE).			
114	RETOURNER À 103 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU LA 1 ^{re} COLONNE DU NOUVEAU QUEST. ; SI PLUS D'ENFANTS ALLER À			
	COCHER ICI SI UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE EST UTILISÉ <input type="checkbox"/>			

MESURES DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE CHEZ LES FEMMES DE 15-49 ANS ET LES HOMMES DE 15-59 ANS					
201	<p>VÉRIFIER COLONNES 9 ET 10 DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE. ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS ET DE TOUS LES HOMMES DE 15-59 ANS AUX QUESTIONS 202 ET 203.</p> <p>S'IL Y A PLUS DE 4 ADULTES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.</p> <p>LE RÉSULTAT FINAL DES MESURES DU POIDS ET DE LA TAILLE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉ À Q.208 ET À Q.216 POUR LE TEST D'ANÉMIE.</p>				
		ADULTE 1	ADULTE 2	ADULTE 3	ADULTE 4
202	N° DE LIGNE DE COL. 9 OU 10	N° DE LIGNE <input type="text"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/>
203	NOM DE COLONNE 2	NOM <input type="text"/>	NOM <input type="text"/>	NOM <input type="text"/>	NOM <input type="text"/>
204	ENREGISTRER L'ÂGE ET LE SEXE DE TOUS LES ENQUÊTÉS ÉLIGIBLES	ÂGE <input type="text"/>	ÂGE <input type="text"/>	ÂGE <input type="text"/>	ÂGE <input type="text"/>
205	INSCRIRE LE NOMBRE D'ENQUÊTÉS ÉLIGIBLES SUR LA PAGE DE COUVERTURE DE CE QUESTIONNAIRE	MASCULIN. 1 (PASSER À 209) ←	MASCULIN. 1 (PASSER À 209) ←	MASCULIN. 1 (PASSER À 209) ←	MASCULIN. 1 (PASSER À 209) ←
		FÉMININ. 2	FÉMININ. 2	FÉMININ. 2	FÉMININ. 2
206	POIDS EN KILOGRAMMES	KG <input type="text"/>	KG <input type="text"/>	KG <input type="text"/>	KG <input type="text"/>
207	TAILLE EN CENTIMÈTRES	CM <input type="text"/>	CM <input type="text"/>	CM <input type="text"/>	CM <input type="text"/>
208	RÉSULTAT : MESURES DU POIDS ET DE LA TAILLE	MESURÉ. 1 ABSENT. 2 REFUS. 3 AUTRE. 6	MESURÉ. 1 ABSENT. 2 REFUS. 3 AUTRE. 6	MESURÉ. 1 ABSENT. 2 REFUS. 3 AUTRE. 6	MESURÉ. 1 ABSENT. 2 REFUS. 3 AUTRE. 6



		ADULTE 1	ADULTE 2	ADULTE 3	ADULTE 4
		N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
209	ÂGE ET SEXE VÉRIFIER Q.204 ET Q.205	15-17 ANS. 1 FEM. 18-49 ANS. 2 (PASSER À 212B) ← HOM. 18-59 ANS. 3	15-17 ANS. 1 FEM. 18-49 ANS. 2 (PASSER À 212B) ← HOM. 18-59 ANS. 3	15-17 ANS. 1 FEM. 18-49 ANS. 2 (PASSER À 212B) ← HOM. 18-59 ANS. 3	15-17 ANS. 1 FEM. 18-49 ANS. 2 (PASSER À 212B) ← HOM. 18-59 ANS. 3
210	ÉTAT MATRIMONIAL VÉRIFIER COL.8	JAMAIS EN UNION. ... 1 AUTRE. 2 (PASSER À 212B) ←	JAMAIS EN UNION. ... 1 AUTRE. 2 (PASSER À 212B) ←	JAMAIS EN UNION. ... 1 AUTRE. 2 (PASSER À 212B) ←	JAMAIS EN UNION. ... 1 AUTRE. 2 (PASSER À 212B) ←
211	ENREGISTRER LE N° DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE DU JEUNE. ENREGISTRER '00' SI LA PERSONNE N'EST PAS LISTÉE	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/>
212	POUR LES JEUNES DE 15-17 ANS: DEMANDER LE CONSENTEMENT DU PARENT OU 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 d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Pour le test d'anémie, nous avons besoin de quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et absolument sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne mis à part l'équipe d'enquête. Avez-vous des questions ? Vous pouvez dire OUI pour le test, ou NON. C'est votre décision. Maintenant, est-ce que vous acceptiez que [JEUNE DE 15-17 ANS] participe au test d'anémie ? ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ À Q.212A ET SIGNER.				
212A	LIRE LE CONSENTEMENT DU TEST D'ANÉMIE AU PARENT OU ADULTE IDENTIFIÉ À 211. (POUR JEUNES DE 15-17 ANS JAMAIS EN UNION).	ACCORDE 1 REFUSÉ 2 _____ (SIGNER) SI REFUSÉ, PASSER À 216	ACCORDE 1 REFUSÉ 2 _____ (SIGNER) SI REFUSÉ, PASSER À 216	ACCORDE 1 REFUSÉ 2 _____ (SIGNER) SI REFUSÉ, PASSER À 216	ACCORDE 1 REFUSÉ 2 _____ (SIGNER) SI REFUSÉ, PASSER À 216
212B	DEMANDER LE CONSENTEMENT DES ADULTES/JEUNES 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 d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Pour le test d'anémie, nous avons besoin de quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et absolument sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne mis à part l'équipe d'enquête. Avez-vous des questions ? Vous pouvez dire OUI pour le test, ou NON. C'est votre décision. Maintenant, est-ce que vous acceptiez de participer au test d'anémie ? ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ À Q.212C ET SIGNER.				
212C	LIRE LE CONSENTEMENT DU TEST D'ANÉMIE À LA FEMME ADULTE DE 18-49 ANS OU À L'HOMME ADULTE DE 18-59 ANS OU AU JEUNE	ACCORDE 1 REFUSÉ 2 _____ (SIGNER) SI REFUSÉ, PASSER À 216	ACCORDE 1 REFUSÉ 2 _____ (SIGNER) SI REFUSÉ, PASSER À 216	ACCORDE 1 REFUSÉ 2 _____ (SIGNER) SI REFUSÉ, PASSER À 216	ACCORDE 1 REFUSÉ 2 _____ (SIGNER) SI REFUSÉ, PASSER À 216

		ADULTE 1	ADULTE 2	ADULTE 3	ADULTE 4
213	SEXE DE L'ENQUÊTÉ	MASCULIN. 1 (PASSER À 215) ← FEMININ. 2	MASCULIN. 1 (PASSER À 215) ← FEMININ. 2	MASCULIN. 1 (PASSER À 215) ← FEMININ. 2	MASCULIN. 1 (PASSER À 215) ← FEMININ. 2
214	VÉRIFIER À Q.226 DU QUEST. FEMME OU DEMANDER : Êtes-vous enceinte ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
215	NOTER NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET SUR LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE	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"/>	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
216	RÉSULTAT DU TEST HÉMOGLOBINE	MESURÉ. 1 ABSENT. 2 REFUS. 3 AUTRE. 6	MESURÉ. 1 ABSENT. 2 REFUS. 3 AUTRE. 6	MESURÉ. 1 ABSENT. 2 REFUS. 3 AUTRE. 6	MESURÉ. 1 ABSENT. 2 REFUS. 3 AUTRE. 6
POUR CHAQUE ENQUÊTÉ QUI A ÉTÉ TESTÉ, PRÉPARER LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE POUR LA DONNER À L'ENQUÊTÉ(AU PARENT OU AUTRE ADULTE POUR LES JEUNES DE 15-17 ANS).					
217	CONTINUER À 301 (TEST DE SYPHILIS)				
COCHER ICI SI UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE EST UTILISÉ <input type="checkbox"/>					

TEST DE SYPHILIS - IDENTIFICATION ET CONSENTEMENT					
		ADULTE 1	ADULTE 2	ADULTE 3	ADULTE 4
		N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOM _____	NOM _____	NOM _____	NOM _____
301	ÂGE ET SEXE VÉRIFIER Q.204 ET Q.205	15-17 ANS. 1 FEM. 18-49 ANS. 2 (PASSER À 304B) ← HOM. 18-59 ANS. 3	15-17 ANS. 1 FEM. 18-49 ANS. 2 (PASSER À 304B) ← HOM. 18-59 ANS. 3	15-17 ANS. 1 FEM. 18-49 ANS. 2 (PASSER À 304B) ← HOM. 18-59 ANS. 3	15-17 ANS. 1 FEM. 18-49 ANS. 2 (PASSER À 304B) ← HOM. 18-59 ANS. 3
302	VÉRIFIER ÉTAT MATRIMONIAL	JAMAIS EN UNION. ... 1 AUTRE. 2 (PASSER À 304B) ←	JAMAIS EN UNION. ... 1 AUTRE. 2 (PASSER À 304B) ←	JAMAIS EN UNION. ... 1 AUTRE. 2 (PASSER À 304B) ←	JAMAIS EN UNION. ... 1 AUTRE. 2 (PASSER À 304B) ←
303	ENREGISTRER LE N° DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE DU JEUNE. ENREGISTRER '00' SI LA PERSONNE N'EST PAS LISTÉE.	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/>
VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER. FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ					
304	<p>POUR LES JEUNE DE 15-17 ANS: DEMANDER LE CONSENTEMENT DU PARENT OU ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST DE SYPHILIS</p> <p>Dans cette enquête, nous étudions la syphilis chez les femmes et les hommes à Madagascar. La syphilis peut causer de sérieux problèmes de santé si elle n'est pas traitée. Les résultats de cette enquête aideront le gouvernement de Madagascar à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter la syphilis.</p> <p>Nous voudrions que [JEUNE DE 15-17 ANS] participe à ce test. Si vous acceptez, nous allons prélever d'abord quelques gouttes de sang du même doigt déjà piqué pour le test d'anémie (ou du doigt, SI L'ENQUÊTÉ N'AVAIT PAS CONSENTI AU TEST D'ANÉMIE). Nous allons déterminer le résultat du test ici sur place chez vous, si vous avez eu ou si vous avez la syphilis. Nous vous donnerons le résultat sur place. Pour ces tests, nous utilisons des instruments stérilisés et non réutilisables qui sont propres et complètement sans risque.</p> <p>Les résultats du test de syphilis du [JEUNE DE 15-17 ANS] sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne mis à part vous, [JEUNE DE 15-17 ANS], et l'équipe d'enquête.</p> <p>Si le résultat du test est positif, nous proposerons à [JEUNE DE 15-17 ANS] un traitement immédiat. Cependant, nous pouvons aussi référer [JEU</p> <p>Avez-vous des questions ?</p> <p>Maintenant, est-ce que vous acceptez que [JEUNE DE 15-17 ANS] participe à ce test de syphilis.</p> <p>Vous pouvez accepter ou refuser que [JEUNE DE 15-17 ANS] participe au test. C'est à vous de décider.</p> <p>ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ À Q.304A ET SIGNER.</p>				
304A	LIRE LE CONSENTEMENT DU TEST DE SYPHILIS AU PARENT OU ADULTE IDENTIFIÉ À 303. (POUR JEUNES DE 15-17 ANS JAMAIS EN UNION).	ACCORDÉ 1 REFUSÉ 2 ABSENT 3 (SIGNER) SI REFUSÉ OU ABSENT PASSER À 332	ACCORDÉ 1 REFUSÉ 2 ABSENT 3 (SIGNER) SI REFUSÉ OU ABSENT PASSER À 332	ACCORDÉ 1 REFUSÉ 2 ABSENT 3 (SIGNER) SI REFUSÉ OU ABSENT PASSER À 332	ACCORDÉ 1 REFUSÉ 2 ABSENT 3 (SIGNER) SI REFUSÉ OU ABSENT PASSER À 332

		ADULTE 1	ADULTE 2	ADULTE 3	ADULTE 4
	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER. FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ				
304B	DEMANDER LE CONSENTEMENT DES ADULTES/JEUNES POUR LE TEST DE SYPHILIS <p>Dans cette enquête, nous étudions la syphilis chez les femmes et les hommes à Madagascar. La syphilis peut causer de sérieux problèmes de santé si elle n'est pas traitée. Les résultats de cette enquête aideront le gouvernement de Madagascar à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter la syphilis.</p> <p>Nous voudrions que vous participiez à ce test. Si vous acceptez, nous allons prélever d'abord quelques gouttes de sang du même doigt déjà piqué pour le test d'anémie (ou du doigt, SI L'ENQUÊTÉ N'AVAIT PAS CONSENTI AU TEST D'ANÉMIE). Nous allons déterminer le résultat du test ici sur place chez vous, si vous avez eu ou si vous avez la syphilis. Nous vous donnerons le résultat sur place.</p> <p>Pour ces tests, nous utilisons des instruments stérilisés et non réutilisables qui sont propres et complètement sans risque.</p> <p>[CHEZ LES ADULTES] Les résultats de votre test de syphilis sont strictement confidentielles et ne seront transmises à personne à part vous l'équipe d'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions ? Maintenant, est-ce que vous acceptiez participer à ce test de syphilis. Vous pouvez accepter ou refuser. C'est à vous de décider.</p> <p>ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ À Q.304C ET SIGNER.</p>				
304C	LIRE LE CONSENTEMENT DU TEST DE SYPHILIS À LA FEMME ADULTE 18-49 ANS OU À L'HOMME ADULTE 18-59 ANS OU AU JEUNE	ACCORDÉ 1 REFUSÉ 2 ABSENT 3 (SIGNER) SI REFUSÉ OU ABSENT PASSER À 332	ACCORDÉ 1 REFUSÉ 2 ABSENT 3 (SIGNER) SI REFUSÉ OU ABSENT PASSER À 332	ACCORDÉ 1 REFUSÉ 2 ABSENT 3 (SIGNER) SI REFUSÉ OU ABSENT PASSER À 332	ACCORDÉ 1 REFUSÉ 2 ABSENT 3 (SIGNER) SI REFUSÉ OU ABSENT PASSER À 332

TEST DE SYPHILIS					
		ADULTE 1	ADULTE 2	ADULTE 3	ADULTE 4
	N° DE LIGNE DE COL. 9 OU 10 NOM DE COLONNE 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM <input type="text"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM <input type="text"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM <input type="text"/>	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM <input type="text"/>
305	GOUTTES DE SANG CAPILLAIRES PRÉLEVÉ POUR LE TEST DE SYPHILIS	PRÉLEVÉ..... 1 PAS PRÉLEVÉ/ PROBLÈME..... 2 (PASSER À 332) ←	PRÉLEVÉ..... 1 PAS PRÉLEVÉ/ PROBLÈME..... 2 (PASSER À 332) ←	PRÉLEVÉ..... 1 PAS PRÉLEVÉ/ PROBLÈME..... 2 (PASSER À 332) ←	PRÉLEVÉ..... 1 PAS PRÉLEVÉ/ PROBLÈME..... 2 (PASSER À 332) ←
306	RÉSULTAT DU TEST DE SYPHILIS. INFORMER CHAQUE ENQUÊTÉ DU RÉSULTAT DU TEST.	POSITIF..... 1 NÉGATIF..... 2 (PASSER À 332) ← INDÉTERMINÉ..... 3	POSITIF..... 1 NÉGATIF..... 2 (PASSER À 332) ← INDÉTERMINÉ..... 3	POSITIF..... 1 NÉGATIF..... 2 (PASSER À 332) ← INDÉTERMINÉ..... 3	POSITIF..... 1 NÉGATIF..... 2 (PASSER À 332) ← INDÉTERMINÉ..... 3

		ADULTE 1	ADULTE 2	ADULTE 3	ADULTE 4
306A	VÉRIFIER 301 ET 302 SI 15-17 ANS ET JAMAIS EN UNION <input type="checkbox"/>  SI FEMME 18-49 ANS OU HOMME 18-59 ANS OU 15-17 ANS ET EN UNION OU VIVANT SEUL <input type="checkbox"/>  307B				
VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER. FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ					
307	POUR LES JEUNES DE 15-17 ANS: DEMANDER LE CONSENTEMENT DU PARENT OU ADULTE RESPONSABLE POUR LE PRÉLÈVEMENT DE SANG DES VEINES <p>Bonjour, mon nom est (NOM) et je travaille pour l'Institut National de la Statistique. Mon/ma collègue m'a informé du résultat du test de syphilis de [JEUNE]. [JEUNE] a un résultat positif. Cependant, le test que nous faisons indique seulement la présence de la maladie, et ne nous permet pas de savoir si [JEUNE] a actuellement la syphilis. Par conséquent, nous souhaiterions faire un second test pour déterminer si [JEUNE] a actuellement la syphilis, ou si [JEUNE] l'a eu dans le passé. Pour ce deuxième test, nous aurons besoin de prendre un échantillon de sang de la veine du bras de [JEUNE]. Ce second test sera fait dans un laboratoire et personne ne connaîtra le résultat de [JEUNE] car nous attacherons juste un numéro à l'échantillon de sang. Le nom de [JEUNE] ne sera pas écrit sur l'échantillon de sang et, par conséquent, nous ne pourrions pas vous fournir, ni fournir à [JEUNE], les résultats de ce test.</p> <p>Pour ce test, nous utiliserons des instruments stériles qui sont propres et sans aucun risque.</p> <p>Avez-vous des questions ?</p> <p>Nous aimerions que [JEUNE] participe à ce test de syphilis. Cependant, si vous ne voulez pas que ce test soit fait, c'est votre droit et nous respectons votre décision.</p> <p>Maintenant, pouvez-vous me dire si vous acceptez que [JEUNE] participe au test de syphilis ?</p> <p>NOM DE L' INFIRMIER: _____ SIGNATURE: _____</p> <p>ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ À Q.307A ET SIGNER.</p>				
307A	LIRE LE CONSENTEMENT DU PRÉLÈVEMENT DU SANG DES VEINES AU PARENT OU ADULTE IDENTIFIÉ À 303. (POUR JEUNES DE 15-17 ANS JAMAIS EN UNION).	ACCORDÉ 1 REFUSÉ 2 (SIGNER) SI REFUSÉ, PASSER À 312	ACCORDÉ 1 REFUSÉ 2 (SIGNER) SI REFUSÉ, PASSER À 312	ACCORDÉ 1 REFUSÉ 2 (SIGNER) SI REFUSÉ, PASSER À 312	ACCORDÉ 1 REFUSÉ 2 (SIGNER) SI REFUSÉ, PASSER À 312
VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER. FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ					
307B	CONSENTEMENT POUR LE PRÉLÈVEMENT DE SANG DES VEINES CHEZ LES ADULTES/JEUNES <p>Bonjour, mon nom est (NOM) et je travaille pour l'Institut National de la Statistique. Mon/ma collègue m'a informé du résultat de votre test de syphilis. Vous avez un résultat positif. Cependant, le test que nous faisons indique seulement la présence de la maladie, et ne nous permet pas de savoir si vous avez actuellement la syphilis. Par conséquent, nous souhaiterions faire un second test pour déterminer si vous avez actuellement la syphilis, ou si vous l'avez eu dans le passé. Pour ce deuxième test, nous aurons besoin de prendre un échantillon de sang de la veine de votre bras. Ce second test sera fait dans un laboratoire et personne ne connaîtra votre résultat car nous attacherons juste un numéro à l'échantillon de sang. Votre nom ne sera pas écrit sur l'échantillon de sang et, par conséquent, nous ne pourrions pas vous fournir les résultats de ce test.</p> <p>Pour ce test, nous utiliserons des instruments stériles qui sont propres et sans aucun risque.</p> <p>Avez-vous des questions ?</p> <p>Nous aimerions que vous participiez à ce test de syphilis. Cependant, si vous ne voulez pas que ce test soit fait, c'est votre droit et nous respectons votre décision.</p> <p>Maintenant, pouvez-vous me dire si vous acceptez participer au test de syphilis ?</p> <p>NOM DE L' INFIRMIER: _____ SIGNATURE: _____</p>				
307C	LIRE LE CONSENTEMENT DU PRÉLÈVEMENT DU SANG DES VEINES À LA FEMME ADULTE DE 18-49 ANS OU À L'HOMME ADULTE DE 18-59 ANS OU DU JEUNE.	ACCORDÉ 1 REFUSÉ 2 (SIGNER) SI REFUSÉ, PASSER À 312	ACCORDÉ 1 REFUSÉ 2 (SIGNER) SI REFUSÉ, PASSER À 312	ACCORDÉ 1 REFUSÉ 2 (SIGNER) SI REFUSÉ, PASSER À 312	ACCORDÉ 1 REFUSÉ 2 (SIGNER) SI REFUSÉ, PASSER À 312

		ADULTE 1	ADULTE 2	ADULTE 3	ADULTE 4
	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER. FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ				
312B	CONSENTEMENT POUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS CHEZ LES ADULTES/JEUNES Le résultat de votre test de syphilis est positif. Ce résultat montre que vous pouvez avoir la syphilis, qui pourrait vous causer de sérieux problèmes de santé si vous n'êtes pas traité(e). Le traitement consiste en une injection de pénicilline ou des comprimés antibiotiques. Nous pouvons vous fournir le traitement immédiatement. Cependant, si vous préférez, nous pouvons vous référer à un établissement de santé. C'est à vous de décider si vous souhaitez un traitement immédiat ou si vous préférez être référé. Voulez-vous recevoir le traitement maintenant ou voulez-vous que je vous réfère à un établissement de santé ? ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ À Q.312C ET SIGNER.				
312C	LIRE LE CONSENTEMENT POUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS À LA FEMME ADULTE 18-49 ANS OU À L'HOMME ADULTE 18-59 ANS OU AU JEUNE	OUI, À LA MAISON MAINTENANT... 1 OUI, MAIS PRÉFÈRE LETTRE DE RÉF. 2 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ LETTRE DE RÉF. 3 _____ (SIGNER) SI 'NON' OU 'LETTRE DE RÉF.' DONNER LETTRE À L'ENQUÊTÉ(E) ET PASSER À 328	OUI, À LA MAISON MAINTENANT... 1 OUI, MAIS PRÉFÈRE LETTRE DE RÉF. 2 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ LETTRE DE RÉF. 3 _____ (SIGNER) SI 'NON' OU 'LETTRE DE RÉF.' DONNER LETTRE À L'ENQUÊTÉ(E) ET PASSER À 328	OUI, À LA MAISON MAINTENANT... 1 OUI, MAIS PRÉFÈRE LETTRE DE RÉF. 2 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ LETTRE DE RÉF. 3 _____ (SIGNER) SI 'NON' OU 'LETTRE DE RÉF.' DONNER LETTRE À L'ENQUÊTÉ(E) ET PASSER À 328	OUI, À LA MAISON MAINTENANT... 1 OUI, MAIS PRÉFÈRE LETTRE DE RÉF. 2 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ LETTRE DE RÉF. 3 _____ (SIGNER) SI 'NON' OU 'LETTRE DE RÉF.' DONNER LETTRE À L'ENQUÊTÉ(E) ET PASSER À 328
	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER. FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ				
312D	POUR LES JEUNES DE 15-17 ANS: DEMANDER LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'INJECTION DE LA PÉNICILLINE Pour la plupart des gens, le traitement de la syphilis est une injection de pénicilline. Je voudrais faire une injection de pénicilline a [JEUNE]. [JEUNE] aura besoin d'une seule injection. Toutefois, si vous préférez, je peux donner des comprimés d'antibiotiques.				
312E	Pus-je faire l'injection de pénicilline maintenant ou préférez-vous les comprimés?	OUI, INJECTION 1 _____ (SIGNER) NON, PRÉFÈRE DES COMPRIMÉS 2 (PASSER À 312H)	OUI, INJECTION 1 _____ (SIGNER) NON, PRÉFÈRE DES COMPRIMÉS 2 (PASSER À 312H)	OUI, INJECTION 1 _____ (SIGNER) NON, PRÉFÈRE DES COMPRIMÉS 2 (PASSER À 312H)	OUI, INJECTION 1 _____ (SIGNER) NON, PRÉFÈRE DES COMPRIMÉS 2 (PASSER À 312H)
	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER. FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ				
312F	DEMANDER LE CONSENTEMENT POUR L'INJECTION DE LA PÉNICILLINE À L'ADULTE/AU JEUNE [DE 15-17 ANS] Pour la plupart des gens, le traitement de la syphilis est une injection de pénicilline. Je voudrais vous faire une injection de la pénicilline. Vous aurez besoin d'une seule injection. Toutefois, si vous le voulez, je peux vous donner des comprimés d'antibiotiques.				
312G	Pus-je vous faire l'injection de la pénicilline maintenant ou préférez-vous les comprimés?	OUI, INJECTION 1 _____ (SIGNER) (PASSER À 313A) NON, PRÉFÈRE DES COMPRIMÉS 2	OUI, INJECTION 1 _____ (SIGNER) (PASSER À 313A) NON, PRÉFÈRE DES COMPRIMÉS 2	OUI, INJECTION 1 _____ (SIGNER) (PASSER À 313A) NON, PRÉFÈRE DES COMPRIMÉS 2	OUI, INJECTION 1 _____ (SIGNER) (PASSER À 313A) NON, PRÉFÈRE DES COMPRIMÉS 2
312H	SEXE	HOMME 1 (PASSER À 312J) FEMME 2	HOMME 1 (PASSER À 312J) FEMME 2	HOMME 1 (PASSER À 312J) FEMME 2	HOMME 1 (PASSER À 312J) FEMME 2
312I	Êtes-vous enceinte en ce moment?	OUI/PAS SURE 1 (PASSER À 312K) NON 2	OUI/PAS SURE 1 (PASSER À 312K) NON 2	OUI/PAS SURE 1 (PASSER À 312K) NON 2	OUI/PAS SURE 1 (PASSER À 312K) NON 2
312J	DONNER LES COMPRIMÉS DE CIPROFLOXACINE OU DE DOXYCYCLINE ET MONTRER COMMENT LE PRENDRE → 312L				
312K	DONNER LES COMPRIMÉS DE CIPROFLOXACINE ET MONTRER COMMENT LE PRENDRE.				

		ADULTE 1	ADULTE 2	ADULTE 3	ADULTE 4
312L	Il est possible que vous fassiez de la fièvre accompagnée de maux de tête et de douleurs musculaires au cours des premières 24 heures après le traitement. Ceci est une réponse normale au traitement. Si vous le voulez, vous pouvez prendre de l'aspirine ou du panadole au cas où vous aurez ces symptômes. → 328				
313A	INFORMER LE PARENT OU L'ADULTE RESPONSABLE DU JEUNE DE 15-17 ANS DES POSSIBILITÉS DE RÉACTIONS À LA PÉNICILLINE ET POSER DES QUESTIONS SUR D'ÉVENTUELLES RÉACTIONS ANTÉRIEURES SURVENUES SUITE À UNE INJECTION DE PÉNICILLINE. Pour la plupart des gens, le traitement de la syphilis est une injection à la pénicilline. Dans de rares cas, une personne peut être allergique à l'injection à la pénicilline, c'est-à-dire présenter des démangeaisons rougeâtres cutanées, gonflement des lèvres, de la bouche ou du visage. Il peut arriver également, mais très rarement que la personne peut avoir le souffle court ou même perdre connaissance. Si vous n'avez jamais eu ces réactions, il est très peu probable que vous en ayez aujourd'hui. Toutefois, juste pour m'en assurer, je vais vous poser quelques questions sur les expériences passées de [JEUNE 15-17] avec la pénicilline avant que je donne le traitement à [JEUNE 15-17]. Après l'injection de pénicilline, [JEUNE] devra rester en présence d'autres personnes pendant au moins deux heures, au cas où il y'aurait une réaction. Je resterais moi-même dans les environs pendant au moins deux heures après l'injection et vous pouvez me contacter immédiatement ou contacter n'importe qui de notre équipe travaillant dans votre localité pour toute réaction allergique qui se manifeste à la suite de l'injection de pénicilline.				
314	À votre connaissance, [JEUNE] a-t-il/elle déjà reçu une injection de pénicilline ?	OUI 1 NON/NSP 2 (PASSER À 316) ←	OUI 1 NON/NSP 2 (PASSER À 316) ←	OUI 1 NON/NSP 2 (PASSER À 316) ←	OUI 1 NON/NSP 2 (PASSER À 316) ←
315	[JEUNE] a-t-il/elle eu des réactions à la suite de ces injections de pénicilline ?	OUI 1 (PASSER À 322A) ← NON/NSP 2	OUI 1 (PASSER À 322A) ← NON/NSP 2	OUI 1 (PASSER À 322A) ← NON/NSP 2	OUI 1 (PASSER À 322A) ← NON/NSP 2
316	[JEUNE] a-t-il/elle déjà reçu n'importe quelle autre injection ?	OUI 1 NON/NSP 2 (PASSER À 317A) ←	OUI 1 NON/NSP 2 (PASSER À 317A) ←	OUI 1 NON/NSP 2 (PASSER À 317A) ←	OUI 1 NON/NSP 2 (PASSER À 317A) ←
317	[JEUNE] a-t-il/elle eu des réactions à la suite de ces autres injections ?	OUI 1 (PASSER À 322A) ← NON/NSP 2	OUI 1 (PASSER À 322A) ← NON/NSP 2	OUI 1 (PASSER À 322A) ← NON/NSP 2	OUI 1 (PASSER À 322A) ← NON/NSP 2
VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER. FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ					
317A	INFORMER L'ADULTE/JEUNE DES POSSIBILITÉS DE RÉACTIONS À LA PÉNICILLINE ET POSER DES QUESTIONS SUR D'ÉVENTUELLES RÉACTIONS ANTÉRIEURES SURVENUES SUITE À UNE INJECTION DE PÉNICILLINE. Pour la plupart des gens, le traitement est une injection à la pénicilline. Dans de rares cas, une personne peut être allergique à l'injection à la pénicilline, c'est-à-dire présenter des démangeaisons rougeâtres cutanées, gonflement des lèvres, de la bouche ou du visage. Il peut arriver également, mais très rarement que la personne peut avoir le souffle court ou même perdre connaissance. Si vous n'avez jamais eu aucune de ces réactions, il est très peu probable que vous l'avez aujourd'hui. Toutefois, juste pour me rassurer, je vais vous poser un certain nombre de questions sur vos expériences passées avec la pénicilline avant que je vous donne le traitement. Après l'injection de pénicilline, vous devrez rester en présence d'autres personnes pendant au moins deux heures, au cas où il y'aurait une réaction. Je resterais moi-même dans les environs pendant au moins deux heures après l'injection et vous pouvez me contacter immédiatement ou contacter n'importe qui de notre équipe travaillant dans votre localité pour toute réaction allergique qui se manifeste à la suite de l'injection de pénicilline.				
317B	À votre connaissance, avez-vous déjà reçu une injection de la pénicilline ?	OUI 1 NON/NSP 2 (PASSER À 317D) ←	OUI 1 NON/NSP 2 (PASSER À 317D) ←	OUI 1 NON/NSP 2 (PASSER À 317D) ←	OUI 1 NON/NSP 2 (PASSER À 317D) ←
317C	Avez-vous eu des réactions à la suite de ces injections de la pénicilline ?	OUI 1 (PASSER À 322A) ← NON/NSP 2	OUI 1 (PASSER À 322A) ← NON/NSP 2	OUI 1 (PASSER À 322A) ← NON/NSP 2	OUI 1 (PASSER À 322A) ← NON/NSP 2
317D	Avez-vous déjà reçu n'importe quelle autre injection ?	OUI 1 NON/NSP 2 (PASSER À 320) ←	OUI 1 NON/NSP 2 (PASSER À 320) ←	OUI 1 NON/NSP 2 (PASSER À 320) ←	OUI 1 NON/NSP 2 (PASSER À 320) ←

		ADULTE 1	ADULTE 2	ADULTE 3	ADULTE 4
317E	Avez-vous eu des réactions à ces autres injections ?	OUI 1 (PASSER À 322A) ← NON/NSP 2	OUI 1 (PASSER À 322A) ← NON/NSP 2	OUI 1 (PASSER À 322A) ← NON/NSP 2	OUI 1 (PASSER À 322A) ← NON/NSP 2
320	FAIRE L'INJECTION DE LA PÉNICILLINE. Il est très rare que vous ayez une réaction à la pénicilline. Cependant, si vous ressentez certains des symptômes d'une réaction à la pénicilline, qui sont des démangeaisons rougeâtres de la peau, du gonflement du visage, de la bouche, de la langue ou des difficultés de respirer, vous devez immédiatement me contacter ou contacter n'importe quel membre de notre équipe travaillant dans votre localité, ou aussi vous pouvez vous rendre immédiatement dans un centre de santé.				
	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER. FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ				
322A	DEMANDER LE CONSENTEMENT POUR LES COMPRIMÉS D'ANTIBIOTIQUES DE L'ADULTE /DU JEUNE [DE 15-17 ANS] Comme il est possible que vous ayez une réaction à l'injection de pénicilline, je voudrais vous donner des comprimés d'antibiotiques, si vous l'acceptez. Mais si cela ne vous convient pas, je peux vous donner une lettre pour vous référer au centre de santé le plus proche pour recevoir un traitement.				
322B	Souhaitez-vous recevoir les comprimés ou préférez-vous être référé au centre de santé ?	OUI, COMPRIMES 1 _____ (SIGNER) NON PRÉFÈRE LETTRE DE RÉF. 2 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ LETTRE DE RÉF. 3 _____ (SIGNER) SI 'NON' OU 'LETTRE DE RÉF.' DONNER LA LETTRE ET PASSER À 328	OUI, COMPRIMES 1 _____ (SIGNER) NON PRÉFÈRE LETTRE DE RÉF. 2 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ LETTRE DE RÉF. 3 _____ (SIGNER) SI 'NON' OU 'LETTRE DE RÉF.' DONNER LA LETTRE ET PASSER À 328	OUI, COMPRIMES 1 _____ (SIGNER) NON PRÉFÈRE LETTRE DE RÉF. 2 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ LETTRE DE RÉF. 3 _____ (SIGNER) SI 'NON' OU 'LETTRE DE RÉF.' DONNER LA LETTRE ET PASSER À 328	OUI, COMPRIMES 1 _____ (SIGNER) NON PRÉFÈRE LETTRE DE RÉF. 2 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ LETTRE DE RÉF. 3 _____ (SIGNER) SI 'NON' OU 'LETTRE DE RÉF.' DONNER LA LETTRE ET PASSER À 328
323	SEXE	HOMME 1 (PASSER À 325) ← FEMME 2	HOMME 1 (PASSER À 325) ← FEMME 2	HOMME 1 (PASSER À 325) ← FEMME 2	HOMME 1 (PASSER À 325) ← FEMME 2
324	Êtes-vous enceinte en ce moment?	OUI/PAS SURE. . . . 1 (PASSER À 326) ← NON..... 2	OUI/PAS SURE. . . . 1 (PASSER À 326) ← NON..... 2	OUI/PAS SURE. . . . 1 (PASSER À 326) ← NON..... 2	OUI/PAS SURE. . . . 1 (PASSER À 326) ← NON..... 2
325	DONNER LES COMPRIMÉS DE CIPROFLOXACINE OU DE DOXYCYCLINE ET MONTRER COMMENT LE PRENDRE → 327				
326	DONNER LES COMPRIMÉS DE CIPROFLOXACINE ET MONTRER COMMENT LE PRENDRE.				
327	Il est possible que vous fassiez de la fièvre accompagnée de maux de tête et de douleurs musculaires au cours des premières 24 heures après le traitement. Ceci est une réponse normale au traitement. Si vous le voulez, vous pouvez prendre de l'aspirine ou du panadol au cas où vous aurez ces symptômes.				

		ADULTE 1	ADULTE 2	ADULTE 3	ADULTE 4
	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER. FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ				
	DEMANDER LE CONSENTEMENT POUR LE TRAITEMENT DU/DE LA PARTENAIRE CONTRE LA SYPHILIS				
328	Il est possible que votre ou vos partenaires sexuels soient aussi infecté(s) par la syphilis. Par conséquent, il est très important de traiter votre (vos) partenaire(s) aujourd'hui.				
329	Souhaitez-vous informer votre partenaire pour que je puisse lui fournir un traitement immédiat ?	OUI. 1 (PASSER À 331) ↙ NON. 2 SI 'NON' LAISSER UNE LETTRE DE REFERENCE POUR LE PARTENAIRE ET PASSER À 332	OUI. 1 (PASSER À 331) ↙ NON. 2 SI 'NON' LAISSER UNE LETTRE DE REFERENCE POUR LE PARTENAIRE ET PASSER À 332	OUI. 1 (PASSER À 331) ↙ NON. 2 SI 'NON' LAISSER UNE LETTRE DE REFERENCE POUR LE PARTENAIRE ET PASSER À 332	OUI. 1 (PASSER À 331) ↙ NON. 2 SI 'NON' LAISSER UNE LETTRE DE REFERENCE POUR LE PARTENAIRE ET PASSER À 332
331	TRAITER LE PARTENAIRE SELON LE PROTOCOLE AUX QUESTIONS 311A-327				
332	RETOURNER À 201 (POIDS/TAILLE/TEST D'ANÉMIE) POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT. SI PLUS D'ENQUÊTÉ, FIN QBioM				

OBSERVATIONS DE L'INFIRMIÈRE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ LES TESTS
(SI LE QUESTIONNAIRE N'A PAS ÉTÉ REMPLI, EXPLIQUER)

NOM DE L'INFIRMIÈRE : _____ DATE : _____

OBSERVATIONS DU TECHNICIEN DE LABORATOIRE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ LA VÉRIFICATION DU QUESTIONNAIRE

NOM DU TECHNICIEN DE LABORATOIRE : _____ DATE : _____

OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ LA VÉRIFICATION DU QUESTIONNAIRE

NOM DE LA CONTRÔLEUSE : _____ DATE : _____