

INQUÉRITO DE INDICADORES DE MALÁRIA DE ANGOLA
COSEP CONSULTORIA - CONSAUDE
QUESTIONÁRIO DE AGREGADOS FAMILIARES

IDENTIFICAÇÃO				
NOME DA LOCALIDADE _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>			
REGIÃO _____				
PROVINCIA _____				
MUNICÍPIO _____				
NÚMERO DO CONGLOMERADO DO IIMS.				
URBANO / RURAL (URBANO = 1 / RURAL = 2)				
NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAR.				
NOME DO CHEFE DO AGREGADO _____				
MARQUE UMA "X" NO CÍRCULO SE O AGREGADO FOI SELECIONADO PARA A TESTAGEM DE MALÁRIA	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px; border-radius: 50%;"></div> </div>			
VISITAS DA ENTREVISTADORA				
	1	2	3	ÚLTIMA VISITA
DATA				DIA <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"></div> MÊS <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"></div> ANO <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">2011</div> CÓDIGO <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"></div> RESULTADO <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"></div>
NOME DO (DA) INQUIRIDOR (A) _____				
RESULTADO* _____				
PRÓXIMA VISITA: DATA _____ HORA _____				NÚMERO DE VISITAS <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"></div>
*CÓDIGOS DOS RESULTADOS: 1 COMPLETO 2 NENHUM MEMBRO DO AGREGADO EM CASA OU NENHUM MEMBRO COMPETENTE 3 TODOS OS MEMBROS DO AGREGADO AUSENTES POR UM TEMPO PROLONGADO 4 ADIADO 5 RECUSADO 6 EDIFÍCIO RESIDENCIAL INABITADO OU NÃO RESIDENCIAL 7 8 RESIDÊNCIA NÃO LOCALIZADA 9 OUTRAS _____ (ESPECIFIQUE)				TOTAL PESSOAS <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"></div> TOTAL MULHERES 15-49 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"></div> Nº DE LINHA DO INQUIRIDO DO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"></div>
SUPERVISOR NOME _____ DATA <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"></div>		EDITOR DE CAMPO <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"></div>		DIGITADO POR <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"></div>
APRESENTAÇÃO E CONSENTIMENTO				
<p>Olá, chamo-me __ trabalho para o Ministério da Saúde. Estamos a realizar um inquérito sobre a malária em todo o país. Gostaria de fazer-lhe algumas perguntas. Espero que consinta. A informação que prestar ajudará o governo a planificar os serviços de saúde. Normalmente, o inquérito tem a duração de 15 a 20 minutos.</p> <p>A informação prestada será confidencial e não será partilhada com mais ninguém para além dos membros da nossa equipa. Não será obrigado a responder à questão alguma. Se não quiser comentar sobre alguma pergunta, informe e passarei para a pergunta seguinte; ou pode interromper o inquérito a qualquer momento. Contudo, espero que participe, pois a sua opinião é importante.</p> <p>Quer fazer-me alguma pergunta sobre o inquérito? Posso começar agora?</p> <p>Assinatura do Inquiridor: _____ Data: _____</p> <p>O INQUIRIDO CONCORDA COM A ENTREVISTA 1 O INQUIRIDO NÃO CONCORDA COM A ENTREVISTA ... 2 → FIM</p>				

TABELA DO AGREGADO FAMILIAR

LINHA Nº	RESIDENTES HABITUAIS E VISITANTES	GRAU DE PARENTESCO	SEXO	RESIDÊNCIA		IDADE	MULHERES DE 15-49 ANOS		CRIANÇA- < 5
				(NOME) habitualmente vive aqui?	(NOME) passou aqui a noite?		FAÇA UM CÍRCULO NO Nº DE LINHA DE TODAS AS MULHERES COM 15-49 ANOS	A (NOME) está grávida actualmente?	
	<p>Por favor diga-me os nomes das pessoas que vivem consigo habitualmente e os hóspedes do agregado que tenham passado a noite, começando pelo chefe do agregado</p> <p>DEPOIS DE ALISTAR OS NOMES, RELAÇÃO DE PARENTESCO E SEXO DE CADA PESSOA FAÇA PERGUNTAS 2A - 2C PARA ASSEGURAR -SE DE QUE A LISTA ESTEJA COMPLETA. DEPOIS FAÇA PERGUNTAS APROPRIADAS NAS COLUNAS 5-10 DE CADA</p>	<p>Qual é a relação de (NOME) com o chefe do agregado?</p> <p>VERIFIQUE OS CÓDIGOS ABAIXO</p>	<p>É (NOME) homem ou mulher?</p>			<p>Que idade tem (NOME)?</p>			<p>FAÇA CÍRCULO NO NÚMERO DE LINHA DE TODAS AS CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS DE IDADE</p>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	10
			M F	SIM NÃO	SIM NÃO	EM ANOS		SIM NAO/NS	
01			1 2	1 2	1 2		01	1 2	01
02			1 2	1 2	1 2		02	1 2	02
03			1 2	1 2	1 2		03	1 2	03
04			1 2	1 2	1 2		04	1 2	04
05			1 2	1 2	1 2		05	1 2	05
06			1 2	1 2	1 2		06	1 2	06
07			1 2	1 2	1 2		07	1 2	07
08			1 2	1 2	1 2		08	1 2	08
09			1 2	1 2	1 2		09	1 2	09
10			1 2	1 2	1 2		10	1 2	10

CÓDIGOS PARA Q. 3: GRAU DE PARENTESCO EM RELAÇÃO AO CHEFE DO AGREGADO

01 = CHEFE	09 = IRMAO OU IRMA
02 = ESPOSA OU ESPOSO	10 = SOBRINHA/SOBRINHO DE SANGUE
03 = FILHO OU FILHA	11 = SOBRINHA/SOBRINHO POR MATRIMÔNIO
04 = CRIANÇA ADOPTIVA	12 = OUTROS PARENTES
05 = GENRO OU NAORA	13 = ENTEADO
06 = NETO	14 = SEM PARENTESCO
07 = PROGENITOR	98 = NAO SABE
08= SOGRO OU SOGRA	

TABELA DO AGREGADO FAMILIAR

LINHA Nº	RESIDENTES HABITUAIS E VISITANTES	GRAU DE PARENTESCO	SEXO	RESIDÊNCIA		IDADE	MULHERES DE 15-49 ANOS		CRIANÇA- < 5
				(NOME) habitualmente vive aqui?	(NOME) passou aqui a noite?		FAÇA UM CÍRCULO NO Nº DE LINHA DE TODAS AS MULHERES COM 15-49 ANOS	A (NOME) está grávida actualmente?	
	Por favor diga-me os nomes das pessoas que vivem consigo habitualmente e os hóspedes do agregado que tenham passado a noite, começando pelo chefe do agregado DEPOIS DE ALISTAR OS NOMES, RELAÇÃO DE PARENTESCO E SEXO DE CADA PESSOA FAÇA PERGUNTAS 2A - 2C PARA ASSEGURAR -SE DE QUE A LISTA ESTEJA COMPLETA. DEPOIS FAÇA PERGUNTAS APROPRIADAS NAS COLUNAS 5-10 DE CADA	Qual é a relação de (NOME) com o chefe do agregado? VERIFIQUE OS CÓDIGOS ABAIXO	É (NOME) homem ou mulher?			Que idade tem (NOME)?			FAÇA CÍRCULO NO NÚMERO DE LINHA DE TODAS AS CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS DE IDADE
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
			M F 1 2	S N 1 2	S N 1 2	EM ANOS		SIM NAO/NS 1 2	
11			1 2	1 2	1 2		11	1 2	11
12			1 2	1 2	1 2		12	1 2	12
13			1 2	1 2	1 2		13	1 2	13
14			1 2	1 2	1 2		14	1 2	14
15			1 2	1 2	1 2		15	1 2	15
16			1 2	1 2	1 2		16	1 2	16
17			1 2	1 2	1 2		17	1 2	17
18			1 2	1 2	1 2		18	1 2	18
19			1 2	1 2	1 2		19	1 2	19
20			1 2	1 2	1 2		20	1 2	20

ASSINALE AQUI SE FOR USADO QUESTIONARIO ADICIONAL

☐

2A) Para me certificar de que eu tenha a lista completa, há outras pessoas com crianças que não tenham sido alistadas?
há outras pessoas com crianças que não tenham sido alistadas?

SIM

☐

ADICIONE À TABELA

NÃO

☐

2B) Há outras pessoas que não sejam membros da sua família como empregados, inquilinos, amigos que vivem habitualmente aqui?

SIM

☐

ADICIONE À TABELA

NÃO

☐

2C) Há hóspedes ou visitantes temporários que estejam hospedados aqui, ou outra pessoa que tenha estado aqui

SIM

☐

ADICIONE À TABELA

NÃO

☐

CARACTERÍSTICAS DAS RESIDÊNCIAS

Nº	QUESTÕES	CODIFICAÇÃO	SALTAR
101	Qual a principal fonte de água para beber para os membros do seu agregado familiar?	ÁGUA CANALIZADA CANALIZADA NA RESIDÊNCIA 11 CANALIZADA PARA O QUINTAL 12 TORNEIRA PÚBLICA / CHAFARIZ 13 TUBO DE PERFURAÇÃO OU TUBO DE SONDAGEM 21 CACIMBA CAVADA / POÇO CACIMBA PROTEGIDA 31 CACIMBA NÃO PROTEGIDA 32 ÁGUA DE FONTE FONTE PROTEGIDA 41 FONTE DESPROTEGIDA 42 ÁGUA DA CHUVA 51 CAMIÃO CISTERNA 61 CARROÇA COM TANQUE PEQUENO 71 ÁGUA DE SUPERFÍCIE (RIO / LAGO / RIACHO / CANAL 81 ÁGUA ENGARRAFADA 91 OUTRAS 96 (ESPECIFIQUE)	
102	Que tipo de instalações sanitárias usam os membros do seu agregado familiar?	TOILETTE DE FLUXO DE ÁGUA PARA SISTEMA ESGOTO CANALIZADO 11 PARA TANQUE SÉPTICO 12 PARA LATRINA DE FENDA 13 PARA OUTRO SÍTIO 14 FLUXO DE ÁGUA NÃO SABE ONDE 15 LATRINA ESCAVADA / DE FENDA VENTILADA MELHORADA (VIP) 21 COM PIA CIMENTADA 22 SEM PIA CIMENTADA / FENDA ABERTA 23 TOILETE DE ADUBO 31 TOILETE DE BALDE 41 TOILETE / LATRINA SUSPensa(O) 51 NÃO HÁ TOILETTE / MATO / CAMPO 61 OUTROS 96 (ESPECIFIQUE)	
103	O seu agregado tem:	<div> <div>SIM</div> <div>NÃO</div> </div> ENERGIA ELÉCTRICA 1 2 GERADOR 1 2 RÁDIO 1 2 GELEIRA 1 2 MÁQUINA DE COSTURAR 1 2 TELEVISOR 1 2	
104	Algum membro desta família possui:	<div> <div>SIM</div> <div>NÃO</div> </div> RELÓGIO DE PULSO 1 2 TELEFONE MÓVEL 1 2 BICICLETA 1 2 MOTOCICLO 1 2 CARRO / CAMIÃO 1 2 BARCO / CANÓIA 1 2	

Nº	QUESTÕES	CODIFICAÇÃO	SALTAR
105	Que tipo de combustível o seu agregado mais usa para cozinhar?	ELECTRICIDADE 01 LPG / GÁS NATURAL 02 PETRÓLEO 03 CARVÃO 04 LENHA 05 PALHA 06 ESTRUME / BOSTA 07 NÃO SE COZINHA NO AGREGADO 95 OUTRO 96 (ESPECIFIQUE)	
106	MATERIAL PRINCIPAL DO CHÃO REGISTE A SUA OBSERVAÇÃO	CHÃO NATURAL TERRA BATIDA / AREIA 11 BOSTA 12 CHÃO RUDIMENTAR TABUAS / PRANCHAS DE MADEIRA ... 21 PALHA / PALMEIRA / BAMBÚ 22 CHÃO ACABADO PARQUETE / MADEIRA POLIDA 31 LINÓLEO / VINIL 32 CERÂMICA / MOSAICO / TIJOLEIRA ... 33 CIMENTC 34 TAPETE 35 OUTROS 96 (ESPECIFIQUE)	
107	MATERIAL PRINCIPAL DO TECTO REGISTE A SUA OBSERVAÇÃO	TECTO RUDIMENTAR PALMEIRA / BAMBÚ / ESTEIRA 21 PRANCHAS DE MADEIRA 22 LONA ENCERADA / PLÁSTICO 23 TECTO ACABADO ZINCO, METAL 31 PRANCHAS DE ASBESTOS. 32 TELHAS CERÁMICAS 33 BETÃO, CIMENTO 34 OUTROS 96 (ESPECIFIQUE)	
108	MATERIAL PRINCIPAL DAS PAREDES REGISTE A SUA OBSERVAÇÃO	PAREDES RUDIMENTARES PALHA / ESTEIRAS 13 PAPELÃO / PLÁSTICO 14 PAUS E BARRO 15 BLOCOS DE BARRO 16 CANAS / PALMEIRAS / TRONCOS 17 MADEIRA USADA 18 PAREDES ACABADAS CIMENTO OU BLOCOS DE PEDRA 31 TIJOLOS 32 PRANCHA DE MADEIRA 33 OUTROS 96 (ESPECIFIQUE)	
109	Quantos quartos na casa são usados para dormir?	NÚMERO DE QUARTOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
109A	Alguna vez nos últimos 12 meses, alguém pulverizou as paredes interiores da sua residência contra os mosquitos?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	110
109B	Há quantos meses a casa foi pulverizada? SE MENOS DO QUE UM MÊS, REGISTE '00'	MESES ANTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
109C	Quem pulverizou a casa?	TRABALHADOR DE SAÚDE / ESTADO ... A ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL B EMPRESA PRIVADA C OUTRO X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Y	

Nº	QUESTÕES	CODIFICAÇÃO	SALTAR
110	A residência possui mosquiteiros que possam ser usadas para dormir?	SIM 1 NÃO 2	→ 112
111	Quantos mosquiteiros a tua casa tem? SE EXISTEM 7 OU MAIS MOSQUITEIROS, REGISTE '7'	NÚMERO DE MOSQUITEIROS..... <input type="text"/>	→ 113
112	Por que a tua residência não possui mosquiteiros? REGISTE TODOS OS MENCIONADOS	NÃO HÁ MOSQUITOS A NÃO HA REDES DISPONÍVEIS B NÃO GOSTA USAR MOSQUITEIROS C AS REDES SÃO MUITO CARAS D OUTROS X (ESPECIFIQUE)	} 200

		REDE #1	REDE #2	REDE #3
113	PEÇA AO AO INQUIRIDO PARA LHE MOSTRAR AS REDES. SE MAIS DO QUE TRES USE QUESTIONÁRIOS ADICIONAIS.	OBSERVADA, COM FUROS ... 1 OBSERVADA, SEM FUROS ... 2 NÃO OBSERVADO ... 3	OBSERVADA, COM FUROS ... 1 OBSERVADA, SEM FUROS ... 2 NÃO OBSERVADO ... 3	OBSERVADA, COM FUROS ... 1 OBSERVADA, SEM FUROS ... 2 NÃO OBSERVADO ... 3
114	Há quantos meses o seu agregado obteve o mosquito?	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> MAIS DO QUE 36 MESES ATRAS 95 NÃO SABE 98	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> MAIS DO QUE 36 MESES ATRAS 95 NÃO SABE 98	MESES <input type="text"/> <input type="text"/> MAIS DO QUE 36 MESES ATRAS 95 NÃO SABE 98
115	O mosquito foi comprado ou foi oferecido?	COMPRADO 1 OFERECIDO 2 (PASSE A 117) ← NÃO SABE 8	COMPRADO 1 OFERECIDO 2 (PASSE A 117) ← NÃO SABE 8	COMPRADO 1 OFERECIDO 2 (PASSE A 117) ← NÃO SABE 8
116	Quanto pagou pelo mosquito? SE NÃO SABE, ESCREVA '9998'.	Akz <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Akz <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Akz <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
117	VERIFIQUE OU PERGUNTE A MARCA / TIPO DE MOSQUITO	JOIA 11 OLYSET 12 PERMANET 13 SEGURO E SALVO 14 OUTRA MARCA 15 PERMANENTE... 16 (PASSE A 121) ← OUTRA MARCA TRATADO 46 OUTRA MARCA NÃO SABE O TIPO 96 NÃO SABE 98	JOIA 11 OLYSET 12 PERMANET 13 SEGURO E SALVO 14 OUTRA MARCA 15 PERMANENTE... 16 (PASSE A 121) ← OUTRA MARCA TRATADO 46 OUTRA MARCA NÃO SABE O TIPO 96 NÃO SABE 98	JOIA 11 OLYSET 12 PERMANET 13 SEGURO E SALVO 14 OUTRA MARCA 15 PERMANENTE... 16 (PASSE A 121) ← OUTRA MARCA TRATADO 46 OUTRA MARCA NÃO SABE O TIPO 96 NÃO SABE 98
118	Quando obteve o mosquito, já estava tratado com insecticida para matar ou repelir mosquitos?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8
119	Desde que obteve o mosquito, foi alguma vez impregnado ou mergulhado nalgum líquido para matar ou repelir mosquitos?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 121) ← NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 121) ← NÃO SABE 8	YES 1 NO 2 (PASSE A 121) ← NÃO SABE 8
120	Há quantos meses o mosquito foi embebido ou mergulhado pela última vez?	MESES ANTES <input type="text"/> <input type="text"/> HÁ MAIS DE 24 MESES 95 NÃO SABE 98	MESES ANTES <input type="text"/> <input type="text"/> HÁ MAIS DE 24 MESES 95 NÃO SABE 98	MESES ANTES <input type="text"/> <input type="text"/> HÁ MAIS DE 24 MESES 95 NÃO SABE 98
121	Alguém dormiu debaixo este mosquito a noite passada?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 123) ← NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 123) ← NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 123) ← NÃO SABE 8

		REDE #1	REDE #2	REDE #3
122	<p>Quem dormiu debaixo do mosquiteiro na noite passada?</p> <p>REGISTE O NÚMERO DE LINHA DAS PESSOAS A PARTIR DA TABELA DO AGREGADO (COLUNA 1)</p>	<p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DE FILHA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/></p>
123		VOLTE PARA 113 PARA A REDE SEGUINTE, OU SE NÃO HÁ MAIS REDES AVANCE PARA 201.	VOLTE PARA 113 PARA A REDE SEGUINTE, OU SE NÃO HÁ MAIS REDES AVANCE PARA 201.	VOLTE PARA 113 PARA A REDE SEGUINTE, OU SE NÃO HÁ MAIS REDES AVANCE PARA 201.

TESTAGEM DE MALÁRIA E ANEMIA EM CRIANÇAS ENTRE 0-5 ANOS

200	CONFIRMA A CAPA <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> <input type="checkbox"/> O AGREGADO FOI SELECIONADO PARA TESTAGEM DE CRIANÇAS </div> <div> <input type="checkbox"/> O AGREGADO NÃO FOI SELECIONADO PARA TESTAGEM DE CRIANÇAS </div> <div> <input type="checkbox"/> ACABE A ENTREVISTA </div> </div>																																																				
201	VERIFIQUE A COLUMNA 10. ESCRIBA O NÚMERO DE LINHA E NOME DE TODAS AS CRIANÇAS ENTRE 0-5 ANOS NA P. 202 POR ORDEM DE NÚMERO DE LINHA. SE HOUVER MAIS DE SEIS CRIANÇAS, USE QUESTIONÁRIOS ADICIONAL. PREENCHA OS Ps. 209 E 211.																																																				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>CRIANÇA 1</th> <th>CRIANÇA 2</th> <th>CRIANÇA 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>202</td> <td> NÚMERO DE LINHA DA COLUMNA 10 NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/> NOME DA COLUMNA 2 NOME <input type="text"/> </td> <td> NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/> NOME <input type="text"/> </td> <td> NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/> NOME <input type="text"/> </td> </tr> <tr> <td>203</td> <td> SE A MÃE FOI INQUIRIDA, COPIE O MÊS E ANO DA CRIANÇA DO HISTORIAL DE NASCIMENTO, PERGUNTE O DIA. SE A MÃE NÃO FOI INQUIRIDA, PERGUNTE: Qual é a data de nascimento de (NOME)? DIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> <td> DIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> <td> DIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> </tr> <tr> <td>204</td> <td> VERIFIQUE 203: CRIANÇA NASCIDA EM JANEIRO DE 2006 OU MAIS TARDE SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215) </td> <td> SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215) </td> <td> SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215) </td> </tr> <tr> <td>205</td> <td> VERIFIQUE 203: A IDADE DA CRIANÇA ESTÁ ENTRE 0-5 MESES, ALGUMA CRIANÇA FOI NASCIDA NO MÊS DA ENTREVISTA OU NOS CINCO MESES ANTERIORES? 0-5 MESES 1 (PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215) 6 MESES OU MAIS ... 2 </td> <td> 0-5 MESES 1 (PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215) 6 MESES OU MAIS ... 2 </td> <td> 0-5 MESES 1 (PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215) 6 MESES OU MAIS ... 2 </td> </tr> <tr> <td>206</td> <td> NÚMERO DA LINHA DO PAI, A MÃE OU DO ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA (COL. 1 DA LISTA DOS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR). ANOTE 00' SE NÃO ESTIVER LISTADO. NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/> </td> <td> NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/> </td> <td> NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/> </td> </tr> <tr> <td>207</td> <td> PEÇA CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE ANEMIA AO PAI, A MÃE OU OUTRO ADULTO IDENTIFICADO EM 209 COMO SENDO O RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA ACEITOU 1 (ASSINATURA) <input type="text"/> RECUSOU 2 </td> <td> ACEITOU 1 (ASSINATURA) <input type="text"/> RECUSOU 2 </td> <td> ACEITOU 1 (ASSINATURA) <input type="text"/> RECUSOU 2 </td> </tr> <tr> <td>208</td> <td> PEÇA CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE MALÁRIA AO PAI, A MÃE OU OUTRO ADULTO IDENTIFICADO EM 209 COMO SENDO O RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA ACEITOU 1 (ASSINATURA) <input type="text"/> RECUSOU 2 </td> <td> ACEITOU 1 (ASSINATURA) <input type="text"/> RECUSOU 2 </td> <td> ACEITOU 1 (ASSINATURA) <input type="text"/> RECUSOU 2 </td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="4">CONDUZA OS TESTES CONSENTIDOS E AVANCE PARA 209</td> </tr> <tr> <td>209</td> <td> REGISTE O CÓDIGO DE RESULTADO DO TESTE DE ANEMIA TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 211) </td> <td> TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 211) </td> <td> TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 211) </td> </tr> <tr> <td>210</td> <td> REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA AQUI E NO PANFLETO DE ANEMIA G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> <td> G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> <td> G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> </tr> <tr> <td>211</td> <td> REGISTE O CÓDIGO DE RESULTADO DE TESTE DE MALÁRIA TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 215) </td> <td> TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 215) </td> <td> TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 215) </td> </tr> <tr> <td>212</td> <td> COLE A ETIQUETA DE CÓDIGO BARRAS AQUI, SOBRE A LÂMINA E SOBRE A FICHA DE TRANSMISSÃO DAS AMOSTRAS </td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody></table>		CRIANÇA 1	CRIANÇA 2	CRIANÇA 3	202	NÚMERO DE LINHA DA COLUMNA 10 NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/> NOME DA COLUMNA 2 NOME <input type="text"/>	NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/> NOME <input type="text"/>	NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/> NOME <input type="text"/>	203	SE A MÃE FOI INQUIRIDA, COPIE O MÊS E ANO DA CRIANÇA DO HISTORIAL DE NASCIMENTO, PERGUNTE O DIA. SE A MÃE NÃO FOI INQUIRIDA, PERGUNTE: Qual é a data de nascimento de (NOME)? DIA <input type="text"/> <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"/> <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"/> <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	204	VERIFIQUE 203: CRIANÇA NASCIDA EM JANEIRO DE 2006 OU MAIS TARDE SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215)	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215)	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215)	205	VERIFIQUE 203: A IDADE DA CRIANÇA ESTÁ ENTRE 0-5 MESES, ALGUMA CRIANÇA FOI NASCIDA NO MÊS DA ENTREVISTA OU NOS CINCO MESES ANTERIORES? 0-5 MESES 1 (PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215) 6 MESES OU MAIS ... 2	0-5 MESES 1 (PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215) 6 MESES OU MAIS ... 2	0-5 MESES 1 (PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215) 6 MESES OU MAIS ... 2	206	NÚMERO DA LINHA DO PAI, A MÃE OU DO ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA (COL. 1 DA LISTA DOS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR). ANOTE 00' SE NÃO ESTIVER LISTADO. NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/>	207	PEÇA CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE ANEMIA AO PAI, A MÃE OU OUTRO ADULTO IDENTIFICADO EM 209 COMO SENDO O RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA ACEITOU 1 (ASSINATURA) <input type="text"/> RECUSOU 2	ACEITOU 1 (ASSINATURA) <input type="text"/> RECUSOU 2	ACEITOU 1 (ASSINATURA) <input type="text"/> RECUSOU 2	208	PEÇA CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE MALÁRIA AO PAI, A MÃE OU OUTRO ADULTO IDENTIFICADO EM 209 COMO SENDO O RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA ACEITOU 1 (ASSINATURA) <input type="text"/> RECUSOU 2	ACEITOU 1 (ASSINATURA) <input type="text"/> RECUSOU 2	ACEITOU 1 (ASSINATURA) <input type="text"/> RECUSOU 2	CONDUZA OS TESTES CONSENTIDOS E AVANCE PARA 209				209	REGISTE O CÓDIGO DE RESULTADO DO TESTE DE ANEMIA TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 211)	TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 211)	TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 211)	210	REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA AQUI E NO PANFLETO DE ANEMIA 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"/>	211	REGISTE O CÓDIGO DE RESULTADO DE TESTE DE MALÁRIA TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 215)	TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 215)	TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 215)	212	COLE A ETIQUETA DE CÓDIGO BARRAS AQUI, SOBRE A LÂMINA E SOBRE A FICHA DE TRANSMISSÃO DAS AMOSTRAS		
	CRIANÇA 1	CRIANÇA 2	CRIANÇA 3																																																		
202	NÚMERO DE LINHA DA COLUMNA 10 NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/> NOME DA COLUMNA 2 NOME <input type="text"/>	NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/> NOME <input type="text"/>	NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/> NOME <input type="text"/>																																																		
203	SE A MÃE FOI INQUIRIDA, COPIE O MÊS E ANO DA CRIANÇA DO HISTORIAL DE NASCIMENTO, PERGUNTE O DIA. SE A MÃE NÃO FOI INQUIRIDA, PERGUNTE: Qual é a data de nascimento de (NOME)? DIA <input type="text"/> <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"/> <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"/> <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																																		
204	VERIFIQUE 203: CRIANÇA NASCIDA EM JANEIRO DE 2006 OU MAIS TARDE SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215)	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215)	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215)																																																		
205	VERIFIQUE 203: A IDADE DA CRIANÇA ESTÁ ENTRE 0-5 MESES, ALGUMA CRIANÇA FOI NASCIDA NO MÊS DA ENTREVISTA OU NOS CINCO MESES ANTERIORES? 0-5 MESES 1 (PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215) 6 MESES OU MAIS ... 2	0-5 MESES 1 (PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215) 6 MESES OU MAIS ... 2	0-5 MESES 1 (PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215) 6 MESES OU MAIS ... 2																																																		
206	NÚMERO DA LINHA DO PAI, A MÃE OU DO ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA (COL. 1 DA LISTA DOS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR). ANOTE 00' SE NÃO ESTIVER LISTADO. NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/>	NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/>																																																		
207	PEÇA CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE ANEMIA AO PAI, A MÃE OU OUTRO ADULTO IDENTIFICADO EM 209 COMO SENDO O RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA ACEITOU 1 (ASSINATURA) <input type="text"/> RECUSOU 2	ACEITOU 1 (ASSINATURA) <input type="text"/> RECUSOU 2	ACEITOU 1 (ASSINATURA) <input type="text"/> RECUSOU 2																																																		
208	PEÇA CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE MALÁRIA AO PAI, A MÃE OU OUTRO ADULTO IDENTIFICADO EM 209 COMO SENDO O RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA ACEITOU 1 (ASSINATURA) <input type="text"/> RECUSOU 2	ACEITOU 1 (ASSINATURA) <input type="text"/> RECUSOU 2	ACEITOU 1 (ASSINATURA) <input type="text"/> RECUSOU 2																																																		
CONDUZA OS TESTES CONSENTIDOS E AVANCE PARA 209																																																					
209	REGISTE O CÓDIGO DE RESULTADO DO TESTE DE ANEMIA TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 211)	TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 211)	TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 211)																																																		
210	REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA AQUI E NO PANFLETO DE ANEMIA 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"/>																																																		
211	REGISTE O CÓDIGO DE RESULTADO DE TESTE DE MALÁRIA TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 215)	TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 215)	TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 215)																																																		
212	COLE A ETIQUETA DE CÓDIGO BARRAS AQUI, SOBRE A LÂMINA E SOBRE A FICHA DE TRANSMISSÃO DAS AMOSTRAS																																																				

		CRIANÇA 1	CRIANÇA 2	CRIANÇA 3
213	RESULTADO DO TESTE DE MALÁRIA	POSITIVO 1 NEGATIVO 2 PASSE A 215 ← OUTRO 6	POSITIVO 1 NEGATIVO 2 PASSE A 215 ← OUTRO 6	POSITIVO 1 NEGATIVO 2 PASSE A 215 ← OUTRO 6
214	LEIA A INFORMAÇÃO SOBRE TRATAMENTO PARA AS CRIANÇAS QUE TIVERAM RESULTADO POSITIVO NO TESTE DE MALÁRIA.	ACEITOU MEDICAMENTO 1 (ASSINATURA) ← RECUSOU 2 JÁ RECEBEU TCA ... 3 NÃO É ELEGÍVEL 4 OUTRO 5	ACEITOU MEDICAMENTO 1 (ASSINATURA) ← RECUSOU 2 JÁ RECEBEU TCA ... 3 NÃO É ELEGÍVEL 4 OUTRO 5	ACEITOU MEDICAMENTO 1 (ASSINATURA) ← RECUSOU 2 JÁ RECEBEU TCA ... 3 NÃO É ELEGÍVEL 4 OUTRO 5
215		VOLTE PARA 203 NA COLUMA SEGUINTE DESTES QUESTIONÁRIO OU NA PRIMEIRA COLUMA DO QUESTIONÁRIO ADICIONAL		
		CRIANÇA 4	CRIANÇA 5	CRIANÇA 6
202	NÚMERO DE LINHA DA COLUMA 10 NOME DA COLUMA 2	NÚMERO DE LINHA ... <input type="text"/> <input type="text"/> NOME	NÚMERO DE LINHA ... <input type="text"/> <input type="text"/> NOME	NÚMERO DE LINHA ... <input type="text"/> <input type="text"/> NOME
203	SE A MÃE FOI INQUIRIDA, COPIE O MÊS E ANO DA CRIANÇA DO HISTORIAL DE NASCIMENTO, PERGUNTE O DIA. SE A MÃE NÃO FOI INQUIRIDA, PERGUNTE : 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"/>
204	VERIFIQUE 203: CRIANÇA NASCIDA EM JANEIRO DE 2006 OU MAIS TARDE	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 203 DA PRÓXIMA CRIANÇA, SE NÃO HOUVER MAIS PASSE A 215) ←
205	VERIFIQUE 203: A IDADE DA CRIANÇA ESTÁ ENTRE 0-5 MESES, ALGUMA CRIANÇA FOI NASCIDA NO MÊS DA ENTREVISTA OU NOS CINCO MESES ANTERIORES?	0-5 MESES 1 (PASSE A 203 DA CRIANÇA SEGUINTE OU, SE NÃO TIVER MAIS, PASSE A 218) ← 6 MESES OU MAIS ... 2	0-5 MESES 1 (PASSE A 203 DA CRIANÇA SEGUINTE OU, SE NÃO TIVER MAIS, PASSE A 218) ← 6 MESES OU MAIS ... 2	0-5 MESES 1 (PASSE A 203 DA CRIANÇA SEGUINTE OU, SE NÃO TIVER MAIS, PASSE A 218) ← 6 MESES OU MAIS ... 2
206	NÚMERO DA LINHA DO PAI, A MÃE OU DO ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA (COL. 1 DA LISTA DOS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR). ANOTE 00' SE NÃO ESTIVER LISTADO.	NUMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/>
207	PEÇA CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE ANEMIA AO PAI, A MÃE OU OUTRO ADULTO IDENTIFICADO EM 209 COMO SENDO O RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA	ACEITOU 1 (ASSINATURA) ← RECUSOU 2	ACEITOU 1 (ASSINATURA) ← RECUSOU 2	ACEITOU 1 (ASSINATURA) ← RECUSOU 2
208	PEÇA CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE MALÁRIA AO PAI, A MÃE OU OUTRO ADULTO IDENTIFICADO EM 209 COMO SENDO O RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA	ACEITOU 1 (ASSINATURA) ← RECUSOU 2	ACEITOU 1 (ASSINATURA) ← RECUSOU 2	ACEITOU 1 (ASSINATURA) ← RECUSOU 2
CONDUZA OS TESTES CONSENTIDOS E AVANCE PARA 209				
209	REGISTE O CÓDIGO DE RESULTADO DO TESTE DE ANEMIA	TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 211) ←	TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 211) ←	TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 211) ←
210	REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA AQUI E NO PANFLETO DE ANEMIA	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"/>

		CRIANÇA 4	CRIANÇA 5	CRIANÇA 6
211	REGISTE O CÓDIGO DE RESULTADO DE TESTE DE <u>MALÁRIA</u> .	TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 215) ←	TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 215) ←	TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 215) ←
212	COLE A ETIQUETA DE CÓDIGO BARRAS AQUI, SOBRE A LÂMINA E SOBRE A FICHA DE TRANSMISSÃO DAS AMOSTRAS			
213	RESULTADO DO TESTE DE <u>MALÁRIA</u>	POSITIVO 1 NEGATIVO 2 PASSE A 215 ← OUTRO 6	POSITIVO 1 NEGATIVO 2 PASSE A 215 ← OUTRO 6	POSITIVO 1 NEGATIVO 2 PASSE A 215 ← OUTRO 6
214	LEIA A INFORMAÇÃO SOBRE TRATAMENTO PARA AS CRIANÇAS QUE TIVERAM RESULTADO POSITIVO NO TESTE DE MALÁRIA.	ACEITOU MEDICAMENTO 1 (ASSINATURA) ← RECUSOU 2 JÁ RECEBEU TCA ... 3 NÃO É ELEGÍVEL 4 OUTRO 5	ACEITOU MEDICAMENTO 1 (ASSINATURA) ← RECUSOU 2 JÁ RECEBEU TCA ... 3 NÃO É ELEGÍVEL 4 OUTRO 5	ACEITOU MEDICAMENTO 1 (ASSINATURA) ← RECUSOU 2 JÁ RECEBEU TCA ... 3 NÃO É ELEGÍVEL 4 OUTRO 5
215		VOLTE PARA 203 NA COLUNA SEGUINTE DESTES QUESTIONÁRIOS OU NA PRIMEIRA COLUNA DO QUESTIONÁRIO ADICIONAL		

PEDIDO DE CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE ANEMIA

Como parte do inquérito, solicitamos as pessoas em todo o país para fazerem um teste de anemia. A anemia é um problema de saúde grave que geralmente resulta de má nutrição, infecção ou doença crónica. Este inquérito vai apoiar o governo para desenvolver programas de prevenção e tratamento de anemia.

Pedimos que todas as crianças nascidas em 2006 ou depois participem na testagem de anemia dando amostra de sangue colectada do dedo. O equipamento usado para colecta do sangue é limpo e completamente seguro. Nunca foi usado antes e será deitado fora depois de cada teste. O sangue será usado imediatamente para testar a anemia e o resultado ser-lhe-á comunicado na hora. O resultado será estritamente confidencial, isto é, não será partilhado com mais ninguém fora da equipa do inquérito. Tem alguma pergunta?

Poderá aceitar ou negar o teste. A decisão depende de si. Vai permitir que (NOME DA CRIANÇA) participe do teste de anemia?

PEDIDO DE CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE MALÁRIA

Como parte do inquérito, solicitamos as pessoas em todo o país para fazerem um teste de malária. A malária é uma doença grave causada por parasitas transmitidas por picadas de mosquitos. Este inquérito vai apoiar o governo para desenvolver programas de prevenção e tratamento de malária.

Pedimos que todas as crianças nascidas em 2006 ou depois participem na testagem de malária dando amostra de sangue colectada do dedo. O equipamento usado para colecta do sangue é limpo e completamente seguro. Nunca foi usado antes e será deitado fora depois de cada teste. O sangue será usado imediatamente para testar a malária e o resultado ser-lhe-á comunicado na hora. O resultado será estritamente confidencial, isto é, não será partilhado com mais ninguém fora da equipa do inquérito. Tem alguma pergunta?

Poderá aceitar ou negar o teste. A decisão depende de si. Vai permitir que (NOME DA CRIANÇA) participe do teste de malária?

TRATAMENTO PARA AS CRIANÇAS QUE TIVERAM RESULTADO POSITIVO NO TESTE DE MALÁRIA

SE O TESTE DE MALÁRIA FOR POSITIVO: O teste de malária indica que seu filho tem malária. Podemos dar-lhe medicamento gratuito.

O medicamento chama-se **TERAPIA DE COMBINAÇÃO À BASE DE ARTEMISININA "TCA"**. Este medicamento é muito eficaz e em poucos dias elimina a febre e outros sintomas.

PERGUNTE SE A CRIANÇA JÁ ESTÁ A TOMAR OUTROS MEDICAMENTOS ANTES DE OFERECER TCA. EM CASO AFIRMATIVO, PEÇA PARA VER OS MEDICAMENTOS. SE A CRIANÇA JÁ ESTÁ TOMANDO TCA, VERIFIQUE A DOSE QUE FOI DADA. TENHA ATENÇÃO PARA NÃO ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EM EXCESSO À CRIANÇA

Você não tem que dar o medicamento à criança. Isso depende de você. Por favor me diga se aceita ou não o medicamento

INQUÉRITO DE INDICADORES DE MALARIA DE ANGOLA
COSEP CONSULTORIA - CONSAUDE
QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL PARA MULHERES

IDENTIFICAÇÃO				
NOME DA LOCALIDADE _____ REGIÃO _____ PROVINCIA _____ MUNICIPIO _____ NÚMERO DO CONGLOMERADO DO IIM URBANO / RURAL (URBANO =1 / RURAL = 2) NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAR NOME E NÚMERO DE LINHA DA MULHER _____	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> </div>			
VISITAS DA ENTREVISTADORA				
	1	2	3	ÚLTIMA VISITA
DATA _____ NOME DO (DA) INQUIRIDOR (A) _____ RESULTADO* _____	_____	_____	_____	DIA <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> MÊS <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> ANO <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle; text-align: center;">2</div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle; text-align: center;">0</div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle; text-align: center;">1</div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle; text-align: center;">1</div> CÓDIGO <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> RESULTADO <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div>
DATA _____ HORA _____	_____	_____		NÚMERO DE VISITAS <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; vertical-align: middle;"></div>
<p>*CÓDIGOS DOS RESULTADOS:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1 COMPLETA 2 AUSENTE DE CASA 3 ADIADA </div> <div> 4 RECUSADA 5 PARCIALMENTE COMPLETA 6 INCAPACITADA </div> <div> 7 OUTRA _____ (ESPECIFIQUE) </div> </div>				
SUPERVISOR NOME _____ DATA _____ <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; vertical-align: middle;"></div>		REVISTO NO GABINETE POR <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; vertical-align: middle;"></div>		DIGITADO POR <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; vertical-align: middle;"></div>
APRESENTAÇÃO E CONSENTIMENTO				
<p>Bom dia (boa tarde). Chamo-me _____ e sou da COSEP Consultoria. Estamos a realizar um inquérito sobre a malária em todo o país. Eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas, espero que consinta. A informação que fornecer ajudará o Governo a planificar os serviços de saúde. A sessão terá a duração de entre dez a vinte minutos. A informação que prestar será mantida em confidencialidade e não será partilhada com qualquer outra pessoa que não seja membro da equipa de inquérito. A participação no inquérito não é obrigatória. Se lhe fizer alguma pergunta que não queira responder, informe-me, e eu prosseguirei para a pergunta seguinte; ou poderá interromper a entrevista em qualquer instante. Porém, esperamos que participe no inquérito, pois que as suas opiniões são importantes. Quer fazer alguma pergunta sobre o inquérito? Posso iniciar a sessão agora?</p>				
Assinatura do inquiridor _____ Data: _____ A INQUIRIDA CONSENTE A ENTREVISTA 1 A INQUIRIDA NÃO CONSENTE A ENTREVISTA 2 → FIM				

SECÇÃO 1. ANTECEDENTES DA ENTREVISTADA

NO.	QUESTÕES E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	PASSE A																											
101	REGISTE A HORA	HORA <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS <input type="text"/> <input type="text"/>																												
102	Em que ano e mês você nasceu?	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE O MÊS 98 ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE O ANO 9998																												
103	Que idade você tinha no seu último aniversário? COMPARE E CORRIJA 104 OU 105 CASO SEJA INCOMPATÍVEL.	IDADE <input type="text"/> <input type="text"/>																												
104	Alguma vez frequentou a escola?	SIM 1 NÃO 2	→108																											
105	Qual é o nível mais alto de escolaridade que frequentou: ensino de base, secundário, ou superior?	ENSINO DE BASE 1 MEDIO 2 SUPERIOR 3																												
106	Qual é a mais alta (classe/ano) que completou nesse nível?	CLASSE / ANO <input type="text"/> <input type="text"/>																												
	ENSINO DE BASE 1 NIVEL ENSINO DE BASE 2 NIVEL ENSINO DE BASE 3 NIVEL MEDIO SUPERIOR 5	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>CLASSE</td></tr> <tr> <td>5</td><td>6</td><td></td><td></td><td>CLASSE</td></tr> <tr> <td>7</td><td>8</td><td>9</td><td></td><td>CLASSE</td></tr> <tr> <td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>CLASSE</td></tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>ANO</td></tr> </table>	1	2	3	4	CLASSE	5	6			CLASSE	7	8	9		CLASSE	9	10	11	12	CLASSE	1	2	3	4	5	6	ANO	
1	2	3	4	CLASSE																										
5	6			CLASSE																										
7	8	9		CLASSE																										
9	10	11	12	CLASSE																										
1	2	3	4	5	6	ANO																								
107	CONFIRA 105: ENSINO DE BASE <input type="checkbox"/> MEDIO OU MAIS ALTO <input type="checkbox"/>		→ 109																											
108	Agora gostaria que lesse esta frase para mim. MOSTRAR AS FRASES AO INQUIRIDO. SE O INQUIRIDO NÃO PUDE LER A FRASE COMPLETA, INDAGUE: Pode ler alguma parte da frase para mim?	NÃO CONSEGUE LER 1 CAPAZ DE LER APENAS ALGUMAS PARTES DA FRASE 2 CONSEGUE LER A FRASE COMPLETA. . . 3 NENHUM CARTÃO NA LÍNGUA EXIGIDA 4 (ESPECIFIQUE A LÍNGUA) INVISUAL/DEFICIENTE VISUAL 5																												
1. A criança está a ler um livro 2. A agricultura é trabalho muito duro 3. Os pais devem cuidar dos filhos 4. As chuvas foram torrenciais este ano																														
109	Qual é a sua religião?	CATÓLICA 1 CRISTIANIA / PROTESTANTE 2 ISLÃO 3 RELIGIÃO TRADICIONAL 4 NENHUMA RELIGIÃO 5 OUTRA 6 ESPECIFIQUE																												
110	Em que língua aprendeu a falar?	PORTUGUÊS 01 COQWE 02 KIMBUNDU 03 KIKONGO 04 KWANYAMA 05 NGANGUELA 06 UMBUNDU 07 OUTRA 96 ESPECIFIQUE																												

SECÇÃO 2. REPRODUÇÃO

NO.	QUESTÕES E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	PASSE A								
201	Agora gostaria de fazer perguntas sobre todos os filhos e filhas nascidos vivos. Já teve algum(a) filho(a) nascido(a) vivo(a) ?	SIM 1 NÃO 2	→ 206								
202	Tem algum filho que tenha nascido de si e que viva consigo? Quero dizer filho biológico.	SIM 1 NÃO 2	→ 204								
203	Quantos filhos vivem consigo? E quantas filhas vivem consigo? CASO NÃO TENHA NENHUM, REGISTE '00'.	FILHOS EM CASA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> FILHAS EM CASA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>									
204	Tem algum filho/filha nascido/a de si que esteja vivo, porém, não viva consigo?	SIM 1 NÃO 2	→ 206								
205	Quantos filhos estão vivos, que porém não moram consigo? E quantas filhas estão vivas, porém não moram consigo? CASO NÃO TENHA NENHUM, REGISTE '00'.	FILHOS FORA DE CASA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> FILHAS FORA DE CASA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>									
206	Nasceu algum filho vivo que tenha morrido depois? SE NÃO, INVESTIGA: Algum bebé que tenha dados alguns ganidos ou dado sinais de vida mas não sobreviveu	SIM 1 NÃO 2	→ 208								
207	Quantos filhos morreram? E quantas filhas morreram? NENHUM, REGISTE '00'.	FILHOS FALECIDOS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> FILHAS FALECIDAS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>									
208	SOME AS RESPOSTAS EM 203, 205 E 207, E INDIQUE O TOTAL. CASO NÃO HAJA NENHUMA, REGISTE '00'.	TOTAL <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>									
209	CONFIRA 208: Dentre todos, nascidos de si tem ____ (TOTAL) filhos. Correcto? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> → INVESTIGA E CORRIJA 201-208 CONFORME O RESULTADO										
210	CONFIRA 208: UM OU MAIS NASCIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> NENHUM NASCIDO VIVO <input type="checkbox"/> → 224										

211 Agora, gostaria de saber os nomes de todos os seus filhos, quer estejam vivos ou não, começando pelo primeiro. REGISTE OS NOMES TODOS EM 212. REGISTE OS GÊMEOS E TRIGÊMEOS EM FILAS SEPARADAS. (CASO HAJA MAIS DE 12 PARTOS, USE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL COMEÇANDO COM A SEGUNDA FILA).									
212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Qual é o nome do seu primeiro filho? Qual é o nome do seu segundo filho? etc. (NOME)	O(A) (NOME) é gêmeo?	De que sexo é (NOME)	Em que mês e ano nasceu (NOME)? INVESTIGA: Qual é o seu dia de aniversário?	Ainda está vivo (a) (NOME)?	SE ESTÁ VIVO: Quanto anos tem (NOME)? REGISTE A IDADE	SE ESTÁ VIVO: (NOME) vive consigo	REGISTE O NÚMERO DE LINHA DO FILHO NO QUEST. DE AGREGADO FAMILIAR (REGISTE '00' SE NÃO ESTÁ LISTADO)	SE JÁ FALECEU: Que idade tinha (NOME) quando faleceu? SE TINHA MENOS DE 1 ANO: PERGUNTE: Quantos meses tinha (NOME)? ANOTE DIAS SE MENOS DE 1 MÊS, MESES SE MENOR DE 2 ANOS E ANOS SE SÃO 2 OU MAIS ANOS	Houve algum outro nascimento entre o nascimento de (NOME) e o filho anterior, incluindo crianças que morreram logo após o parto?
01	SIMP. 1 MULT. 2	M 1 F 2	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM 1 NÃO 2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM 1 NÃO 2	Nº DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ PRÓXIMO NASCIMENTO	DIAS 1 MESES 2 ANOS 3	
02	SIMP. 1 MULT. 2	M 1 F 2	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM. 1 NÃO. 2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM. 1 NÃO. 2	Nº DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (PASSE A 221)	DIAS 1 MESES. 2 ANOS. 3	SIM 1 ADICIONE ↙ NASCIM NÃO 2 PRÓXIMO ↙ NASCIM.
03	SIMP. 1 MULT. 2	M 1 F 2	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM 1 NÃO 2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM 1 NÃO 2	Nº DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (PASSE A 221)	DIAS 1 MESES. 2 ANOS. 3	SIM 1 ADICIONE ↙ NASCIM NÃO 2 PRÓXIMO ↙ NASCIM.
04	SIMP. 1 MULT. 2	M 1 F 2	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM. 1 SIM 2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM. 1 NÃO 2	Nº DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (PASSE A 221)	DIAS 1 MESES. 2 ANOS. 3	SIM 1 ADICIONE ↙ NASCIM NÃO 2 PRÓXIMO ↙ NASCIM.
05	SIMP. 1 MULT. 2	M 1 F 2	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM. 1 NÃO. 2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM. 1 NÃO. 2	Nº DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (PASSE A 221)	DIAS. 1 MÊS. 2 ANOS. 3	SIM 1 ADICIONE ↙ NASCIM NÃO 2 PRÓXIMO ↙ NASCIM.
06	SIMP. 1 MULT. 2	M 1 F 2	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM. 1 NÃO. 2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM. 1 NÃO. 2	Nº DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (PASSE A 221)	DIAS. 1 MESES. 2 ANOS. 3	SIM 1 ADICIONE ↙ NASCIM NÃO 2 PRÓXIMO ↙ NASCIM.
07	SIMP. 1 MULT. 2	M 1 F 2	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM. 1 NÃO. 2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM. 1 NÃO. 2	Nº DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (PASSE A 221)	DIAS. 1 MESES 2 ANOS. 3	SIM 1 ADICIONE ↙ NASCIM NÃO 2 PRÓXIMO ↙ NASCIM.
08	SIMP. 1 MULT. 2	M 1 F 2	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM. 1 NÃO. 2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM. 1 NÃO. 2	Nº DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (PASSE A 221)	DIAS. 1 MESES 2 ANOS. 3	SIM 1 ADICIONE ↙ NASCIM NÃO 2 PRÓXIMO ↙ NASCIM.
09	SIMP. 1 MULT. 2	M 1 F 2	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/> ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM. 1 NÃO. 2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>	SIM. 1 NÃO. 2	Nº DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (PASSE A 221)	DIAS. 1 MESES 2 ANOS. 3	SIM 1 ADICIONE ↙ NASCIM NÃO 2 PRÓXIMO ↙ NASCIM.

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Qual é o nome do seu primeiro filho? Qual é o nome do seu segundo filho? ...etc. (NOME)	O(A) (NOME) é gêmeo?	De que sexo é (NOME)	Em que mês e ano nasceu (NOME)? INVESTIGA: Qual é o seu dia de aniversário?	Ainda está vivo (a) (NOME)?	SE ESTÁ VIVO: Quanto anos tem (NOME)? REGISTE A IDADE	SE ESTÁ VIVO: (NOME) vive consigo	REGISTE O NÚMERO DE LINHA DO FILHO NO QUEST. DE AGREGADO FAMILIAR (REGISTE '00' SE NÃO ESTÁ LISTADO)	SE JÁ FALECEU: Que idade tinha (NOME) quando faleceu? SE TINHA MENOS DE 1 ANO: PERGUNTE: Quanto meses tinha (NOME)? ANOTE DIAS SE MENOS DE 1 MÊS, MESES SE MENOR DE 2 ANOS E ANOS SE SÃO 2 OU MAIS ANOS	Houve algum outro nascimento entre o nascimento de (NOME) e o filho anterior, incluindo crianças que morreram logo após o parto?
10	SIMP. 1 MULT. 2	M 1 F 2	MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM. 1 NÃO. 2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM. 1 NÃO. 2	Nº DE LINHA <input type="text"/> ↓ (PASSE A 221)	DIAS. 1 MESES. 2 ANOS. 3	SIM. 1 ADICIONE ← NASCIM NÃO. 2 PRÓXIMO → NASCIM.
11	SIMP. 1 MULT. 2	M 1 F 2	MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM. 1 NÃO. 2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM. 1 NÃO. 2	Nº DE LINHA <input type="text"/> ↓ (PASSE A 221)	DIAS. 1 MESES. 2 ANOS. 3	SIM. 1 ADICIONE ← NASCIM NÃO. 2 PRÓXIMO → NASCIM.
12	SIMP. 1 MULT. 2	M 1 F 2	MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM. 1 NÃO. 2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM. 1 NÃO. 2	Nº DE LINHA <input type="text"/> ↓ (PASSE A 221)	DIAS. 1 MESES. 2 ANOS. 3	SIM. 1 ADICIONE ← NASCIM NÃO. 2 PRÓXIMO → NASCIM.
13	SIMP. 1 MULT. 2	M 1 F 2	MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM. 1 NÃO. 2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM. 1 NÃO. 2	Nº DE LINHA <input type="text"/> ↓ (PASSE A 221)	DIAS. 1 MÊS. 2 ANOS. 3	SIM. 1 ADICIONE ← NASCIM NÃO. 2 PRÓXIMO → NASCIM.
14	SIMP. 1 MULT. 2	M 1 F 2	MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM. 1 NÃO. 2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM. 1 NÃO. 2	Nº DE LINHA <input type="text"/> ↓ (PASSE A 221)	DIAS. 1 MESES. 2 ANOS. 3	SIM. 1 ADICIONE ← NASCIM NÃO. 2 PRÓXIMO → NASCIM.
15	SIMP. 1 MULT. 2	M 1 F 2	MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM. 1 NÃO. 2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM. 1 NÃO. 2	Nº DE LINHA <input type="text"/> ↓ (PASSE A 221)	DIAS. 1 MESES. 2 ANOS. 3	SIM. 1 ADICIONE ← NASCIM NÃO. 2 PRÓXIMO → NASCIM.
16	SIMP. 1 MULT. 2	M 1 F 2	MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>	SIM. 1 NÃO. 2 ↓ 220	IDADE EM ANOS <input type="text"/>	SIM. 1 NÃO. 2	Nº DE LINHA <input type="text"/> ↓ (PASSE A 221)	DIAS. 1 MÊS. 2 ANOS. 3	SIM. 1 ADICIONE ← NASCIM NÃO. 2 PRÓXIMO → NASCIM.
222	Teve outro filho depois do nascimento do (NOME DO ÚLTIMO FILHO)? SE RESPONDE "SIM", PERGUNTE E COMPLETE A HISTÓRIA DE NASCIMENTOS							SIM 1 NÃO 2	
223	COMPARE 208 COM NÚMERO DE FILHOS ACIMA MENCIONADOS E MARQUE: OS NÚMEROS SÃO IGUAIS <input type="checkbox"/> OS NÚMEROS SÃO DIFERENTES <input type="checkbox"/> → ((VERIFIQUE E CORRIJA A INCONSISTÊNCIA))								
224	CONFIRA 215 E ANOTE O NÚMERO DE NASCIMENTOS DESDE 2006.								NÚMERO DE NASCIMENTOS <input type="text"/>

NO.	QUESTÕES E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	PASSE A
225	Actualmente está grávida?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	} 227
226	Há quantos meses está grávida? REGISTE O NÚMERO DE MESES.	MESES <input type="text"/> <input type="text"/>	
227	CONFIRA 224: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> UM OU MAIS NASCIMENTOS EM 2006 OU DEPOIS ↓ <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> NENHUM NASCIMENTO EM 2006 OU DEPOIS <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 501

SECÇÃO 3. GRAVIDEZ E TRATAMENTO INTERMITENTE PREVENTIVO

301	<p>CONFIRA 212 E 215: REGISTE EM 302 O NOME E NÚMERO DE ORDEM DO NASCIMENTO MAIS RECENTE DESDE 2006, MESMO QUE A CRIANÇA JÁ NÃO ESTEJA EM VIDA.</p> <p>Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a sua última gravidez que terminou em um nascimento.</p>		
302	NOME E NÚMERO DE ORDEM A PARTIR DE 212	<p>NOME DO ÚLTIMO NASCIDO VIVO _____</p> <p>NÚMERO DE ORDEM <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
303	<p>Quando estava grávida do/da (NOME) visitou alguém para efectuar consulta pré-natal?</p> <p>SE SIM: Quem? Mais alguém?</p> <p>INVESTIGA PARA IDENTIFICAR AS PESSOAS E REGISTE TODAS PESSOAS MENCIONADAS.</p>	<p>MÉDICO A</p> <p>ENFERMEIRA B</p> <p>PARTEIRA C</p> <p>PARTEIRA AUXILIAR D</p> <p>PARTEIRA TRADICIONAL E</p> <p>OUTRO X (ESPECIFIQUE)</p> <p>NINGUÉM Y</p>	
303A	<p>Durante a gravidez alguém lhe disse que as mulheres grávidas precisam tomar algum tipo de medicamento para <u>proteger-se</u> contra a malária?</p> <p>ENFATIZE "PROTEGER-SE"</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SEI 8</p>	
304	<p>Durante a gravidez, tomou algum medicamento para <u>proteger-se contra</u> a malária?</p> <p>ENFATIZE "PROTEGER-SE". NÃO FAÇA O CÍRCULO EM '1' SE LHE FOI DADO UM MEDICAMENTO PORQUE TINHA MALÁRIA.</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NÃO SABE 8</p>	} 401
305	<p>Que medicamentos tomou para proteger-se contra a malária?</p> <p>REGISTE TODOS OS MEDICAMENTOS MENCIONADOS. SE ELA NÃO SOUBER OS TIPOS DE MEDICAMENTO, MOSTRA-LHE O ANTI-PALÚDICO TÍPICO.</p>	<p>SP / FANSIDAR A</p> <p>CLOROQUINA B</p> <p>COARTEM C</p> <p>OUTRO X (ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SABE Z</p>	
306	<p>CONFIRA 305: MEDICAMENTOS TOMADOS PARA A PREVENÇÃO DA MALÁRIA</p> <p>CÓDIGO 'A' <input type="checkbox"/> NÃO FOI CIRCULADO</p> <p>FOI CIRCULADO <input type="checkbox"/></p>		→ 401
307	Quantas vezes tomou SP / Fansidar durante esta gravidez?	NÚMERO DE VEZES <input type="text"/> <input type="text"/>	
308	<p>CONFIRA 303: CUIDADOS PRÉ NATAIS PRESTADOS PELO PESSOAL DE SAÚDE DURANTE A GRAVIDEZ</p> <p>CÓDIGOS 'A', 'B', 'C' OU 'D' <input type="checkbox"/> FORAM CIRCULADOS</p> <p>OUTRO <input type="checkbox"/></p>		→ 401
309	Obteve SP / Fansidar nalguma consulta de cuidado pré natal, numa outra consulta numa unidade sanitária ou de outra fonte?	<p>CONSULTA PRÉ NATAL 1</p> <p>CONSULTA EM OUTRA UNIDADE SANITÁRIA 2</p> <p>OUTRA FONTE 6 (ESPECIFIQUE)</p>	

SECÇÃO 4. FEBRE EM CRIANÇAS

401	<p>REGISTE NA TABELA O NÚMERO DE ORDEM, NOME E ESTADO DE SOBREVIVÊNCIA DE CADA FILHO NASCIDO VIVO DESDE 2006 OU DEPOIS. FAÇA PERGUNTAS SOBRE TODOS ESTES NASCIMENTOS, COMECE PELO ÚLTIMO NASCIMENTO (SE HOUVER MAIS DE TRES NASCIMENTOS, USE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL, COMEÇANDO PELA PRIMEIRA COLUNA)</p> <p>Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre a saúde do (s) seu (s) filho (s). (Vou fazê-las individualmente, um de cada vez.)</p>			
402	NÚMERO DE ORDEM NA PERGUNTA 212	ÚLTIMO NASCIMENTO NÚMERO DE ORDEM	PENÚLTIMO NASC. NÚMERO DE ORDEM	ANTE-PENÚLTIMO NASC. NÚMERO DE ORDEM
403	CONFIRA 212 E 215	<p>NOME _____</p> <p>VIVO <input type="checkbox"/> FALECIDO <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSE A 403 NA PRÓXIMA COLUNA. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501)</p>	<p>NOME _____</p> <p>VIVO <input type="checkbox"/> FALECIDO <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSE A 403 NA PRÓXIMA COLUNA. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501)</p>	<p>NOME _____</p> <p>VIVO <input type="checkbox"/> FALECIDO <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSE A 403 NA PRIMEIRA COL-UNA DO NOVO QUESTIONÁRIO. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501)</p>
404	O (NOME) teve febre alguma vez nas últimas 2 semanas ?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(VOLTE PARA 403 NA COLUNA SEGUINTE. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501)</p> <p>NÃO SABE 8</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(VOLTE PARA 403 NA COLUNA SEGUINTE. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501)</p> <p>NÃO SABE 8</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSE A 403 NA PRIMEIRA COL-UNA DO NOVO QUESTIONÁRIO. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501)</p> <p>NÃO SABE 8</p>
405	Há quantos dias começou a febre?	DIAS 98	DIAS 98	DIAS 98
406	SE MENOS DE UM DIA ESCREVA '00'.			
406	Procurou conselho ou tratamento de alguma fonte para combater a febre?	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSE A 411) ←</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSE A 411) ←</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>(PASSE A 411) ←</p>
407	De onde obteve tratamento?	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL ESTATAL A</p> <p>CENTRO DE SAÚDE B</p> <p>POSTO DE SAÚDE C</p> <p>CLÍNICA MÓVEL D</p> <p>TRABALHADOR DE CAMPANHA E</p> <p>EMPRESA PÚBLICA F</p> <p>OUTRO G</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL PRIVADO H</p> <p>CLÍNICA PRIVADA I</p> <p>MÉDICO PRIVADO J</p> <p>FARMÁCIA K</p> <p>CLÍNICA MÓVEL L</p> <p>OUTRO PRIVADO M</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRA FONTE</p> <p>LOJA N</p> <p>PROVEDOR TRADICIONAL O</p> <p>OUTRO X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL ESTATAL A</p> <p>CENTRO DE SAÚDE B</p> <p>POSTO DE SAÚDE C</p> <p>CLÍNICA MÓVEL D</p> <p>TRABALHADOR DE CAMPANHA E</p> <p>EMPRESA PÚBLICA F</p> <p>OUTRO G</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL PRIVADO H</p> <p>CLÍNICA PRIVADA I</p> <p>MÉDICO PRIVADO J</p> <p>FARMÁCIA K</p> <p>CLÍNICA MÓVEL L</p> <p>OUTRO PRIVADO M</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRA FONTE</p> <p>LOJA N</p> <p>PROVEDOR TRADICIONAL O</p> <p>OUTRO X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL ESTATAL A</p> <p>CENTRO DE SAÚDE B</p> <p>POSTO DE SAÚDE C</p> <p>CLÍNICA MÓVEL D</p> <p>TRABALHADOR DE CAMPANHA E</p> <p>EMPRESA PÚBLICA F</p> <p>OUTRO G</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL PRIVADO H</p> <p>CLÍNICA PRIVADA I</p> <p>MÉDICO PRIVADO J</p> <p>FARMÁCIA K</p> <p>CLÍNICA MÓVEL L</p> <p>OUTRO PRIVADO M</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OUTRA FONTE</p> <p>LOJA N</p> <p>PROVEDOR TRADICIONAL O</p> <p>OUTRO X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>
	<p>D e algum outro local?</p> <p>INVESTIGA PARA IDENTIFICAR CADA TIPO DE FONTE E FAÇA UM CÍRCULO NO(S) CÓDIGO(S) CORRESPONDENTE(S)</p> <p>SE NÃO PODE DETERMINAR SE ALGUM HOSPITAL, CENTRO DE SAÚDE, OU CLÍNICA SEJA PÚBLICO OU PRIVADO, ESCREVA O NOME DO LOCAL</p> <p>_____</p> <p>(NOME DO LOCAL(IS))</p>			

NO.		ÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____	PENÚLTIMO NASC. NOME _____	ANTE-PENÚLTIMO NASC. NOME _____
408	CONFIRA 407:	<div> <div>2 OU MAIS CÓDIGOS CIRCUN- DADOS</div> <div>SÓ UM CÓDIGO CIRCUN- DADO</div> <div>(PASSE A 410) ←</div> </div>	<div> <div>2 OU MAIS CÓDIGOS CIRCUN- DADOS</div> <div>SÓ UM CÓDIGO CIRCUN- DADO</div> <div>(PASSE A 410) ←</div> </div>	<div> <div>2 OU MAIS CÓDIGOS CIRCUN- DADOS</div> <div>SÓ UM CÓDIGO CIRCUN- DADO</div> <div>(PASSE A 410) ←</div> </div>
409	De onde inicialmente obteve conselho ou tratamento? USE O CÓDIGO DA PERGUNTA 407.	PRIMEIRO LUGAR <input type="checkbox"/>	PRIMEIRO LUGAR <input type="checkbox"/>	PRIMEIRO LUGAR <input type="checkbox"/>
410	Quando começou a febre, quanto demorou até levar a criança para a consulta ou tratamento? SE NO MESMO DIA ANOTE '00'.	DIAS <input type="text"/>	DIAS <input type="text"/>	DIAS <input type="text"/>
411	(NOME) continua doente com febre?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8
411A	Enquanto (NOME) esteve doente, alguém tirou sangue do dedo da mão ou do calcanhar?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8
412	Enquanto (NOME) esteve doente, tomou algum medicamento para curar a doença?	SIM 1 NÃO 2 (VOLTE PARA 403 NA COLUNA SEGUINTE. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS PASSE A 501) NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 (VOLTE PARA 403 NA COLUNA SEGUINTE. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS PASSE A 501) NÃO SABE 8	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 403 NA PRIMEIRA COLUNA DO NOVO QUESTIONÁRIO. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501) NÃO SABE 8
413	Que medicamentos (NOME) tomou? Alguns outros medicamentos? ANOTE TODOS OS MENCIONADOS SE O TIPO DE MEDICAMENTO NÃO É CONHECIDO PEÇA PARA VÊ-LO. SE NÃO CONSEGUIR E SE O TIPO DE MEDICAMENTO CONTINUAR INDETERMINADO, MOSTRE OS MEDICAMENTOS TÍPICOS CONTRA A MALÁRIA AO RESPONDENTE	ANTI MALÁRICOS SP / FANSIDAR A CLOROQUINA B QUININO C COARTEM D OUTRO ANTI-MALÁRICO E (ESPECIFIQUE) OUTROS ASPIRINA F ACETAMINOFENO G PARACETAMOL H IBUPROFEN I OUTRO X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z	ANTI MALÁRICOS SP / FANSIDAR A CLOROQUINA B QUININO C COARTEM D OUTRO ANTI-MALÁRICO E (ESPECIFIQUE) OUTROS ASPIRINA F ACETAMINOFENO G PARACETAMOL H IBUPROFEN I OUTRO X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z	ANTI MALÁRICOS SP / FANSIDAR A CLOROQUINA B QUININO C COARTEM D OUTRO ANTI-MALÁRICO E (ESPECIFIQUE) OUTROS ASPIRINA F ACETAMINOFENO G PARACETAMOL H IBUPROFEN I OUTRO X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z
414	CONFIRA 413: QUALQUER CÓDIGO DE A-E DENTRO FOI CIRCUNDADO	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> (VOLTE PARA 403 NA COLUNA SEGUINTE. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS PASSE A 501)	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> (VOLTE PARA 403 NA COLUNA SEGUINTE. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS PASSE A 501)	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> (PASSE A 403 NA PRIMEIRA COLUNA DO NOVO QUESTIONÁRIO. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501)

NO.		ÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____	PENÚLTIMO NASC. NOME _____	ANTE-PENÚLTIMO NASC. NOME _____
415	<p>Voce já tinha (NOME DO MEDICAMENTO NA PERGUNTA 413) em casa quando a criança ficou doente?</p> <p>PERGUNTE SEPARADAMENTE SOBRE CADA MEDICAMENTO MENCIONADO DE "A" ATÉ "E" QUE A CRIANÇA USOU SEGUNDO A PERGUNTA 413. SE TINHA ALGUNS MEDICAMENTO CIRCUNDE OS MEDICAMENTOS. SE NÃO TINHA NENHUM MEDICAMENTO NA CASA, CIRCUNDE "Y".</p>	SP / FANSIDAR A CLOROQUINA B QUININO C COARTEM D OUTRO ANTI-MALÁRICO _____ E (ESPECIFIQUE) NÃO TINHA MEDICAMENTOS . Y	SP / FANSIDAR A CLOROQUINA B QUININO C COARTEM D OUTRO ANTI-MALÁRICO _____ E (ESPECIFIQUE) NÃO TINHA MEDICAMENTOS . Y	SP / FANSIDAR A CLOROQUINA B QUININO C COARTEM D OUTRO ANTI-MALÁRICO _____ E (ESPECIFIQUE) NÃO TINHA MEDICAMENTOS . Y
416	CONFIRA 413: SP/FANSIDAR ('A') DADO	CÓDIGO 'A' CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> NÃO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> (PASSE A 419)	CÓDIGO 'A' CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> NÃO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> (PASSE A 419)	CÓDIGO 'A' CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> NÃO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> (PASSE A 419)
417	Quanto tempo depois da febre ter começado (NOME) tomou SP / Fansidar pela primeira ves?	MESMO DIA 0 DIA SEGUINTE 1 DOIS DIAS DEPOIS . 2 TRES DIAS DEPOIS . 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA 0 DIA SEGUINTE 1 DOIS DIAS DEPOIS . 2 TRES DIAS DEPOIS . 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA 0 DIA SEGUINTE 1 DOIS DIAS DEPOIS . 2 TRES DIAS DEPOIS . 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS 4 NÃO SABE 8
418	Por quantos dias (NOME) tomou SP / Fansidar? 7 DIAS OU MAIS, ESCREVA '7'.	DIAS <input type="checkbox"/> NÃO SABE 8	DIAS <input type="checkbox"/> NÃO SABE 8	DIAS <input type="checkbox"/> NÃO SABE 8
419	CONFIRA 413: CLOROQUINA ('B') DADA	CÓDIGO 'B' CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> NÃO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> (PASSE A 422)	CÓDIGO 'B' CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> NÃO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> (PASSE A 422)	CÓDIGO 'B' CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> NÃO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> (PASSE A 422)
420	Quanto tempo depois da febre ter começado (NOME) tomou cloroquina pela primeira ves?	MESMO DIA 0 DIA SEGUINTE 1 DOIS DIAS DEPOIS . 2 TRES DIAS DEPOIS . 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA 0 DIA SEGUINTE 1 DOIS DIAS DEPOIS . 2 TRES DIAS DEPOIS . 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA 0 DIA SEGUINTE 1 DOIS DIAS DEPOIS . 2 TRES DIAS DEPOIS . 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS 4 NÃO SABE 8
421	Por quantos dias (NOME) tomou cloroquina? 7 DIAS OU MAIS, ESCREVA '7'.	DIAS <input type="checkbox"/> NÃO SABE 8	DIAS <input type="checkbox"/> NÃO SABE 8	DIAS <input type="checkbox"/> NÃO SABE 8
422	CONFIRA 413: QUININO ('C') DADO	CÓDIGO 'C' CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> NÃO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> (PASSE A 425)	CÓDIGO 'C' CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> NÃO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> (PASSE A 425)	CÓDIGO 'C' CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> NÃO CIRCUNDADO <input type="checkbox"/> (PASSE A 425)

NO.		ÚLTIMO NASCIMENTO NOME _____	PENÚLTIMO NASC. NOME _____	ANTE-PENÚLTIMO NASC. NOME _____
423	Quanto tempo depois da febre ter começado (NOME) tomou quinino pela primeira vez?	MESMO DIA 0 DIA SEGUINTE 1 DOIS DIAS DEPOIS . 2 TRES DIAS DEPOIS . 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA 0 DIA SEGUINTE 1 DOIS DIAS DEPOIS . 2 TRES DIAS DEPOIS . 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA 0 DIA SEGUINTE 1 DOIS DIAS DEPOIS . 2 TRES DIAS DEPOIS . 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS 4 NÃO SABE 8
424	Por quantos dias (NOME) tomou quinino? 7 DIAS OU MAIS, ESCRIBA '7'.	DIAS <input type="text"/> NÃO SABE 8	DIAS <input type="text"/> NÃO SABE 8	DIAS <input type="text"/> NÃO SABE 8
425	CONFIRA 413: COARTEM ('D') DADO	CÓDIGO 'D' CIRCUNDADO <input type="text"/> CÓDIGO 'D' NÃO CIRCUNDADO <input type="text"/> (PASSE A 428) ←	CÓDIGO 'D' CIRCUNDADO <input type="text"/> CÓDIGO 'D' NÃO CIRCUNDADO <input type="text"/> (PASSE A 428) ←	CÓDIGO 'D' CIRCUNDADO <input type="text"/> CÓDIGO 'D' NÃO CIRCUNDADO <input type="text"/> (PASSE A 428) ←
426	Quanto tempo depois da febre ter começado (NOME) tomou Coartem pela primeira vez?	MESMO DIA 0 DIA SEGUINTE 1 DOIS DIAS DEPOIS . 2 TRES DIAS DEPOIS . 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA 0 DIA SEGUINTE 1 DOIS DIAS DEPOIS . 2 TRES DIAS DEPOIS . 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA 0 DIA SEGUINTE 1 DOIS DIAS DEPOIS . 2 TRES DIAS DEPOIS . 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS 4 NÃO SABE 8
427	Por quantos dias (NOME) tomou Coartem? SETE DIAS OU MAIS, ESCRIBA '7'.	DIAS <input type="text"/> NÃO SABE 8	DIAS <input type="text"/> NÃO SABE 8	DIAS <input type="text"/> NÃO SABE 8
428	CONFIRA 413: OUTRO ANTI MALÁRICO ('E') DADO	CÓDIGO 'E' CIRCUNDADO <input type="text"/> CÓDIGO 'E' NÃO CIRCUNDADO <input type="text"/> (PASSE A 431) ←	CÓDIGO 'E' CIRCUNDADO <input type="text"/> CÓDIGO 'E' NÃO CIRCUNDADO <input type="text"/> (PASSE A 431) ←	CÓDIGO 'E' CIRCUNDADO <input type="text"/> CÓDIGO 'E' NÃO CIRCUNDADO <input type="text"/> (PASSE A 431) ←
429	Quanto tempo depois da febre ter começado (NOME) tomou o (OUTRO ANTI MALÁRICO) pela primeira vez?	MESMO DIA 0 DIA SEGUINTE 1 DOIS DIAS DEPOIS . 2 TRES DIAS DEPOIS . 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA 0 DIA SEGUINTE 1 DOIS DIAS DEPOIS . 2 TRES DIAS DEPOIS . 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA 0 DIA SEGUINTE 1 DOIS DIAS DEPOIS . 2 TRES DIAS DEPOIS . 3 QUATRO OU MAIS DIAS DEPOIS 4 NÃO SABE 8
430	Por quantos dias (NOME) tomou o (OUTRO ANTI MALÁRICO) ? 7 DIAS OU MAIS, ESCRIBA '7'.	DIAS <input type="text"/> NÃO SABE 8	DIAS <input type="text"/> NÃO SABE 8	DIAS <input type="text"/> NÃO SABE 8
431		VOLTE PARA 403 NA COLUNA SEGUINTE. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS PASSE A 501	VOLTE PARA 403 NA COLUNA SEGUINTE. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS PASSE A 501	PASSE A 403 NA PRIMEIRA COLUNA DO NOVO QUESTIONÁRIO. SE NÃO HOUVER MAIS NASCIMENTOS, PASSE A 501)

SECÇÃO 5. INFORMAÇÃO SOBRE MALÁRIA

NO.	QUESTÕES E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	SALTE
501	Já alguma vez ouviu falar de uma doença conhecida como malária?	SIM 1 NAO 2	→ 512
502	Como alguém pode reconhecer que uma pessoa está doente com malária? CIRCUNDE TODAS AS COISAS MENCIONADAS.	FEBRE A CALAFRIOS B DOR DE CABEÇA C DOR NAS ARTICULAÇÕES D FALTA DE APETITE E OUTRA X (ESPECIFIQUE) NÃO CONHECE NENHUM Z	
503	Quais são as pessoas mais susceptível de contrair malária aguda? CIRCUNDE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.	CRIANÇAS A MULHERES GRÁVIDAS B ADULTOS C IDOSOS D TODOS IGUAIS E OUTRAS X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z	
504	Quais são as causas da malária? CIRCUNDE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.	PICADAS DE MOSQUITOS A ÁGUA SUJA B AMBIENTE SUJO C ALIMENTOS CONTAMINADOS D BRUXARIA E OUTRAS X (ESPECIFIQUE) NÃO CONHECE NENHUMA Z	
505	Há formas de prevenir a malária?	SIM 1 NAO 2 NÃO SABE 8	} 507
506	Quais são as formas de prevenção da malária? CIRCUNDE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.	DORMIR DEBAIXO DO MOSQUITEIRO A USAR ESPIRAIS CONTRA MOSQUITOS B FAZER A FUMIGAÇÃO DA CASA C MANTER PORTAS E JANELAS FECHADAS D USAR REPELENTE DE INSECTOS E MANTER O AMBIENTE LIMPO F APARAR A RELVA G OUTRAS X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z	
507	A malária pode ser tratada?	SIM 1 NAO 2 NÃO SABE 8	} 509
508	Que medicamentos são administrados para tratar a malária? CIRCUNDE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.	SP / FANSIDAR A CLOROQUINA B QUININO C COARTEM D ASPIRINA, PANADOL, PARACETAMOL, ETC. E ERVAS MEDICINAIS F OUTRA X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE Z	
509	Nos últimos meses, viu ou ouviu alguma mensagem sobre a malária?	SIM 1 NAO 2	→ 512

NO.	QUESTÕES E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	SALTE								
510	<p>Que mensagens sobre a malária viu ou ouviu?</p> <p>CIRCUNDE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.</p>	<p>PROCURAR TRATAMENTO MÉDICO EM CASO DE FEBRE A</p> <p>DORMIR DEBAIXO DE REDE MOSQUITEIRA B</p> <p>MULHERES GRÁVIDAS DEVEM TOMAR MEDICAMENTOS PARA PREVENIR A MALÁRIA C</p> <p>A MALÁRIA PODE CAUSAR A MORTE D</p> <p>OUTRA _____ X (ESPECIFIQUE)</p> <p>NÃO SE LEMBRA Z</p>									
511	<p>Onde viu ou ouviu estas mensagens?</p> <p>CIRCUNDE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS.</p>	<p>RÁDIO A</p> <p>TELEVISÃO B</p> <p>JORNAL C</p> <p>CLUBE DE VÍDEO D</p> <p>CARTÕES PUBLICITÁRIOS E</p> <p>POSTER F</p> <p>FOLHETO / BROCHURA G</p> <p>ESCOLA / COLÉGIO / UNIVERSIDADE H</p> <p>AGENTES DE SAÚDE / PROMOTORES DE SAÚDE I</p> <p>OUTRAS _____ X (ESPECIFIQUE)</p>									
512	REGISTE O TEMPO.	<p>HORA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>MINUTOS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p>									

OBSERVAÇÕES DO INQUIRIDOR

DEVERÁ SER PREENCHIDO DEPOIS DE CONCLUIR A ENTREVISTA

COMENTÁRIOS SOBRE A INQUIRIDA:

COMENTÁRIOS SOBRE QUESTÕES ESPECÍFICAS:

OUTROS COMENTÁRIOS

OBSERVAÇÕES DO SUPERVISOR

NOME DO SUPERVISOR: _____ DATA: _____

OBSERVAÇÕES DO EDITOR

NOME DO EDITOR: _____ DATA: _____