

TROISIÈME ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ

EDSB-III

Visa statistique N° VS201505CNIS

QUESTIONNAIRE BIOMARQUEUR

RÉPUBLIQUE DU BURUNDI

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET
DE LA LUTTE CONTRE LE SIDAMINISTÈRE À LA PRÉSIDENTIE CHARGÉ
DE LA BONNE GOUVERNANCE ET DU PLAN
INSTITUT DE STATISTIQUES ET D'ÉTUDES ÉCONOMIQUES DU BURUNDI (ISTEEBU)

IDENTIFICATION				
NOM DE LA LOCALITÉ/SOUS-COLLINE _____				
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____				
PROVINCE _____				
NUMÉRO DE GRAPPE <div style="float: right; border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div>				
NUMÉRO DU MÉNAGE <div style="float: right; border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div>				
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ? (1=OUI, 2=NON) <div style="float: right; border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div>				
VISITES D'ENQUÊTEUR				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR <div style="float: right; border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div>
NOM DE L'AGENT DE TERRAIN	_____	_____	_____	MOIS <div style="float: right; border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div>
PROCHAINE DATE VISITE : HEURE	_____	_____		ANNÉE <div style="float: right; border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div>
NOTES: _____ _____ _____ _____ _____				NOMBRE TOTAL DE VISITES <div style="float: right; border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div>
				TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <div style="float: right; border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div>
				TOTAL D'HOMMES ÉLIGIBLES <div style="float: right; border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div>
				TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES <div style="float: right; border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">01</div> </div> <div> LANGUE DE L'INTERVIEW** <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"></div> </div> <div> LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ** <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"></div> </div> <div> TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2) <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> LANGUE DU QUESTIONNAIRE** FRANÇAIS </div> <div> **CODES LANGUES : 01 FRANÇAIS 96 AUTRE _____ 02 KIRUNDI PRÉCISEZ _____ </div> </div>				
CHEF D'ÉQUIPE <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin-right: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; margin-top: 5px;"> <div style="margin-right: 50px;">NOM</div> <div>NUMERO</div> </div>				

POIDS, TAILLE, HÉMOGLOBINE, ET DBS CHEZ LES ENFANTS ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE. NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM

103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (JOUR, MOIS ET ANNÉE) DU TABLEAU DES NAISSANCES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE : DEMANDEZ : Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
104	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2011-2016?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 137) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 137) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 137) ←
105	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996
106	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996 (ALLEZ À 107A) ←	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996 (ALLEZ À 107A) ←	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996 (ALLEZ À 107A) ←
107	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2
107A	PÉRIMÈTRE BRACHIAL EN CENTIMÈTRES.	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996
108	MESUREUR: INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO D'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN

POIDS, TAILLE, HÉMOGLOBINE, ET DBS CHEZ LES ENFANTS ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE. NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM

109	VÉRIFIEZ 103: EST-CE QUE L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ DURANT LE MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 137) ← PLUS ÂGÉ..... 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 137) ← PLUS ÂGÉ..... 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 137) ← PLUS ÂGÉ..... 2
110	No DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE .	No DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	No DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	No DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)

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

111	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Nous demandons que tous les enfants nés en 2011 , ou plus tard, participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon . Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête . Si le test pour le diagnostic d'anémie montre que votre enfant à une anémie sévère, c'est-à-dire si l'enfant un niveau d'hémoglobine inférieur à 8g/dl, il sera référé dans un établissement de soin pour diagnostic et prise en charge .</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision.</p> <p>Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?</p>		
112	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 (SIGNATURE) ← REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 (SIGNATURE) ← REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 (SIGNATURE) ← REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3

CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST DE PALUDISME

113	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE.	<p>Dans cadre de cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir le paludisme.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2011 ou plus tard participent au test de paludisme inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Nous utiliserons le sang de la même piqûre au même doigt que pour le test d'anémie. Une goutte de sang sera testée pour le paludisme immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Un traitement sera proposé aux enfants présentant un paludisme simple s'ils ne sont pas déjà sur traitement. Les enfants avec paludisme grave seront référés à un établissement de santé. Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyés à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision.</p> <p>Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme?</p>		
114	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 (SIGNATURE) ← REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 (SIGNATURE) ← REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 (SIGNATURE) ← REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3

POIDS, TAILLE, HÉMOGLOBINE, ET DBS CHEZ LES ENFANTS ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE. NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM

CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LA COLLECTE DES DBS

115	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR LA COLLECTE DE DBS.	<p>Dans cette enquête, nous demandons aussi à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le virus.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus de) gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat du test de (NOM DE L'ENFANT). Si vous voulez savoir si (NOM DE L'ENFANT) a ou non le VIH, je peux vous fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai également un coupon pour pouvoir bénéficier de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision.</p> <p>Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à donner du sang pour le test du VIH ?</p>		
116	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 _____ (SIGNATURE) REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 _____ (SIGNATURE) REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 _____ (SIGNATURE) REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3

CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES

117	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES.	<p>Nous vous demandons d'autoriser l'ISTEEBU à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués. Ces tests seront nécessaires pour l'intérêt du pays.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre d'identifier (NOM DE L'ENFANT). Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, (NOM DE L'ENFANT) peut quand même participer au test du VIH de cette enquête.</p> <p>Est-ce-que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des tests supplémentaires ?</p>		
118	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO D'AGENT DE TERRAIN	ACCORDÉ 1 REFUS 2 _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 REFUS 2 _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 REFUS 2 _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT/AUTRE 3
119	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.			
120	TESTS SUPPLÉMENTAIRES.	VÉRIFIEZ 118. SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.	VÉRIFIEZ 118. SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.	VÉRIFIEZ 118. SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.

POIDS, TAILLE, HÉMOGLOBINE, ET DBS CHEZ LES ENFANTS ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE. NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM

121	PLACEZ LES ÉTIQUETTES CODE BARRE.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">LEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE.</div> ABSENTE99994 A REFUSÉ99995 AUTRE99996 COLLEZ LA 2eme ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE TDR , LA 3ème SUR LA LAME GOUTTE ÉPAISSE, LA 4ème SUR LA LAME FROTTIS MINCE, LA 5ème SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENFANT, LA 6ème SUR LA FICHE DE TRANSMISSION PALU ET LA 7ème SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DBS	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">LEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE.</div> ABSENTE99994 A REFUSÉ99995 AUTRE99996 COLLEZ LA 2eme ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE TDR , LA 3ème SUR LA LAME GOUTTE ÉPAISSE, LA 4ème SUR LA LAME FROTTIS MINCE, LA 5ème SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENFANT, LA 6ème SUR LA FICHE DE TRANSMISSION PALU ET LA 7ème SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DBS	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">LEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE.</div> ABSENTE99994 A REFUSÉ99995 AUTRE99996 COLLEZ LA 2eme ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE TDR , LA 3ème SUR LA LAME GOUTTE ÉPAISSE, LA 4ème SUR LA LAME FROTTIS MINCE, LA 5ème SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENFANT, LA 6ème SUR LA FICHE DE TRANSMISSION PALU ET LA 7ème SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DBS
122	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> REFUS995 AUTRE996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> REFUS995 AUTRE996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> REFUS995 AUTRE996
123	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 4 AUTRE 5 (ALLEZ À 125) ←	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 4 AUTRE 5 (ALLEZ À 125) ←	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 4 AUTRE 5 (ALLEZ À 125) ←
124	ENREGISTREZ LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF FALCIPARUM . 1 POSITIF VIVAX ... 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX 3 (ALLEZ À 127) ← NÉGATIF 4 AUTRE 6	POSITIF FALCIPARUM . 1 POSITIF VIVAX ... 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX 3 (ALLEZ À 127) ← NÉGATIF 4 AUTRE 6	POSITIF FALCIPARUM . 1 POSITIF VIVAX ... 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX 3 (ALLEZ À 127) ← NÉGATIF 4 AUTRE 6
125	VÉRIFIEZ 122: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 137) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 137) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 137) ←

POIDS, TAILLE, HÉMOGLOBINE, ET DBS CHEZ LES ENFANTS ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE. NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM

126	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.	<p>Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené à un établissement de santé immédiatement.</p> <p align="center">ALLEZ À 137</p>		
127	<p>Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants:</p> <p>a Faiblesse extrême? FAIBLESSE EXTRÊME A</p> <p>b Problèmes cardiaques? PROBLÈME CARDIAQU . B</p> <p>c Perte de conscience? PERTE CONSCIENCE C</p> <p>d Respiration rapide ou difficulté de respirer? RESPIRATION RAPID D</p> <p>e Convulsions? CONVULSIONS E</p> <p>f Saignements anormaux? SAIGNEMENTS F</p> <p>g Jaunisse/peau jaune ? JAUNISSE G</p> <p>h Urine foncée? URINE FONCÉI H</p> <p>SI AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS, ENCERCLEZ CODE Y.</p>	<p>AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS . Y</p>	<p>AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS . Y</p>	<p>AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS . Y</p>
128	VÉRIFIEZ 127: Y A-T-IL UN CODE A-H ENCERCLÉ ?	<p>UN CODE A-H ENCERCLI 1</p> <p>(ALLEZ À 130) ←</p> <p>SEUL CODE Y ENCERCLÉ 2</p>	<p>UN CODE A-H ENCERCLI 1</p> <p>(ALLEZ À 130) ←</p> <p>SEUL CODE Y ENCERCLÉ 2</p>	<p>UN CODE A-H ENCERCLI 1</p> <p>(ALLEZ À 130) ←</p> <p>SEUL CODE Y ENCERCLÉ 2</p>
129	VÉRIFIEZ 122: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	<p>EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL 1</p> <p>8.0 G/DL OU PLUS 2</p> <p>ABSENT 3</p> <p>REFUS 4</p> <p>AUTRE 6</p> <p>(ALLEZ À 131) ←</p>	<p>EN-DESSOUS DE 8.0 G/DI 1</p> <p>8.0 G/DL OU PLUS 2</p> <p>ABSENT 3</p> <p>REFUS 4</p> <p>AUTRE 6</p> <p>(ALLEZ À 131) ←</p>	<p>EN-DESSOUS DE 8.0 G/DI 1</p> <p>8.0 G/DL OU PLUS 2</p> <p>ABSENT 3</p> <p>REFUS 4</p> <p>AUTRE 6</p> <p>(ALLEZ À 131) ←</p>
130	DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.	<p>Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme grave. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené tout de suite à un établissement de santé.</p> <p align="center">ALLEZ À 136</p>		
131	<p>Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la CTA donné par un médecin, un centre de santé ou un agent de santé communautaire pour traiter le paludisme ?</p> <p>VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 133) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 133) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 133) ←</p>

POIDS, TAILLE, HÉMOGLOBINE, ET DBS CHEZ LES ENFANTS ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE. NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE <div style="display: inline-block; width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <div style="display: inline-block; width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <div style="display: inline-block; width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> NOM

132	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE LA CTA.	<p>Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu de la CTA pour le paludisme. Je ne peux pas vous donner une CTA supplémentaire. Cependant, le test montre qu'il/elle a du paludisme. Si votre enfant a de la fièvre pendant 2 jours après la dernière dose de CTA, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens plus approfondis.</p> <p align="center">ALLEZ À 136</p>																		
133	LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.	<p>Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé CTA. La CTA est très efficace et d'ici quelques jours, il n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de donner le médicament à l'enfant. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plaît, si vous acceptez, ou non, le médicament.</p>																		
134	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 (SIGNATURE) ← REFUS 2 AUTRE 6 (ALLEZ À 136) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 (SIGNATURE) ← REFUS 2 AUTRE 6 (ALLEZ À 136) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 (SIGNATURE) ← REFUS 2 AUTRE 6 (ALLEZ À 137) ←																
135	TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF.	<div style="border: 2px dashed black; padding: 10px;"> <p align="center">INSTRUCTION POUR LE DOSAGE</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;">POIDS (en Kg)/AGE</th> <th colspan="3">TRAITEMENT</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Jour 1</th> <th>Jour 2</th> <th>Jour 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">4,5 à 8 kg (6 -11 mois)</td> <td>1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)</td> <td>1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)</td> <td>1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">9 -17 kg (1-5 ans)</td> <td>Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)</td> <td>Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)</td> <td>Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)</td> </tr> </tbody> </table> <p>DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les deux jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p> </div>			POIDS (en Kg)/AGE	TRAITEMENT				Jour 1	Jour 2	Jour 3	4,5 à 8 kg (6 -11 mois)	1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)	9 -17 kg (1-5 ans)	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)
POIDS (en Kg)/AGE	TRAITEMENT																			
	Jour 1	Jour 2	Jour 3																	
4,5 à 8 kg (6 -11 mois)	1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)																	
9 -17 kg (1-5 ans)	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)																	
136	ENREGISTREZ LE CODE RÉSULTAT DU TRAITEMENT POUR LE PALUDISME OU DE LA FICHE DE REFERENCE.	MÉDICAMENT DONNI 1 MÉDICAMENT REFUS 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA 4 AUTRE 6	MÉDICAMENT DONNI 1 MÉDICAMENT REFUS 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA 4 AUTRE 6	MÉDICAMENT DONNI 1 MÉDICAMENT REFUS 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA 4 AUTRE 6																
137	RETOURNEZ À Q.103 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIERE COLONNE DE LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 201.																			

POIDS, TAILLE, HÉMOGLOBINE, ET DBS CHEZ LES ENFANT ENFANTS DE 0-5 ANS

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE. NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (JOUR, MOIS ET ANNÉE) DU TABLEAU DES NAISSANCES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE : DEMANDEZ : Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
104	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2011-2016?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 137) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 137) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 137) ←
105	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996
106	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996 (ALLEZ À 107A) ←	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996 (ALLEZ À 107A) ←	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996 (ALLEZ À 107A) ←
107	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ 1 DEBOUT..... 2	ALLONGÉ 1 DEBOUT..... 2	ALLONGÉ 1 DEBOUT..... 2
107A	PÉRIMÈTRE BRACHIAL EN CENTIMÈTRES.	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT..... 994 REFUS 995 AUTRE 996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT..... 994 REFUS 995 AUTRE 996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT..... 994 REFUS 995 AUTRE 996
108	MESUREUR: INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO D'AGENT DE TERRAIN.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN

POIDS, TAILLE, HÉMOGLOBINE, ET DBS CHEZ LES ENFANT ENFANTS DE 0-5 ANS

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE. NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM

109	VÉRIFIEZ 103: EST-CE QUE L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ DURANT LE MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 137) ← PLUS ÂGÉ..... 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 137) ← PLUS ÂGÉ..... 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 137) ← PLUS ÂGÉ..... 2
110	No DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE .	No DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	No DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	No DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)

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

111	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Nous demandons que tous les enfants nés en 2011 , ou plus tard, participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon . Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête . Si le test pour le diagnostic d'anémie montre que votre enfant à une anémie sévère, c'est-à-dire si l'enfant un niveau d'hémoglobine inférieur à 8g/dl, il sera référé dans un établissement de soin pour diagnostic et prise en charge .</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision.</p> <p>Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?</p>		
112	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3

CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST DE PALUDISME

113	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE.	<p>Dans cadre de cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir le paludisme.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2011 ou plus tard participent au test de paludisme inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Nous utiliserons le sang de la même piqûre au même doigt que pour le test d'anémie. Une goutte de sang sera testée pour le paludisme immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Un traitement sera proposé aux enfants présentant un paludisme simple s'ils ne sont pas déjà sur traitement. Les enfants avec paludisme grave seront référés à un établissement de santé. Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyés à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision.</p> <p>Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme?</p>		
114	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE. NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM

CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LA COLLECTE DES DBS

115	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR LA COLLECTE DE DBS.	<p>Dans cette enquête, nous demandons aussi à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le virus.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus de) gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat du test de (NOM DE L'ENFANT). Si vous voulez savoir si (NOM DE L'ENFANT) a ou non le VIH, je peux vous fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai également un coupon pour pouvoir bénéficier de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision.</p> <p>Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à donner du sang pour le test du VIH ?</p>		
116	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 _____ (SIGNATURE) REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 _____ (SIGNATURE) REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 _____ (SIGNATURE) REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3

CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES

117	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES.	<p>Nous vous demandons d'autoriser l'ISTEEBU à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués. Ces tests seront nécessaires pour l'intérêt du pays.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre d'identifier (NOM DE L'ENFANT). Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, (NOM DE L'ENFANT) peut quand même participer au test du VIH de cette enquête.</p> <p>Est-ce que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des tests supplémentaires ?</p>		
118	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO D'AGENT DE TERRAIN	ACCORDÉ 1 REFUS 2 _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 REFUS 2 _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 REFUS 2 _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT/AUTRE 3
119	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.			
120	TESTS SUPPLÉMENTAIRES.	VÉRIFIEZ 118. SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.	VÉRIFIEZ 118. SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.	VÉRIFIEZ 118. SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.

POIDS, TAILLE, HÉMOGLOBINE, ET DBS CHEZ LES ENFANT ENFANTS DE 0-5 ANS

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE. NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM

121	PLACEZ LES ÉTIQUETTES CODE BARRE.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">LEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE.</div> ABSENTE99994 A REFUSÉ99995 AUTRE99996 COLLEZ LA 2eme ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE TDR , LA 3ème SUR LA LAME GOUTTE ÉPAISSE, LA 4ème SUR LA LAME FROTTIS MINCE, LA 5ème SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENFANT, LA 6ème SUR LA FICHE DE TRANSMISSION PALU ET LA 7ème SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DBS	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">LEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE.</div> ABSENTE99994 A REFUSÉ99995 AUTRE99996 COLLEZ LA 2eme ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE TDR , LA 3ème SUR LA LAME GOUTTE ÉPAISSE, LA 4ème SUR LA LAME FROTTIS MINCE, LA 5ème SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENFANT, LA 6ème SUR LA FICHE DE TRANSMISSION PALU ET LA 7ème SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DBS	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">LEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE.</div> ABSENTE99994 A REFUSÉ99995 AUTRE99996 COLLEZ LA 2eme ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE TDR , LA 3ème SUR LA LAME GOUTTE ÉPAISSE, LA 4ème SUR LA LAME FROTTIS MINCE, LA 5ème SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENFANT, LA 6ème SUR LA FICHE DE TRANSMISSION PALU ET LA 7ème SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DBS
122	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> REFUS995 AUTRE996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> REFUS995 AUTRE996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> REFUS995 AUTRE996
123	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 4 AUTRE 5 (ALLEZ À 125) ←	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 4 AUTRE 5 (ALLEZ À 125) ←	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 4 AUTRE 5 (ALLEZ À 125) ←
124	ENREGISTREZ LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF FALCIPARUM . 1 POSITIF VIVAX ... 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX 3 (ALLEZ À 127) ← NÉGATIF 4 AUTRE 6	POSITIF FALCIPARUM . 1 POSITIF VIVAX ... 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX 3 (ALLEZ À 127) ← NÉGATIF 4 AUTRE 6	POSITIF FALCIPARUM . 1 POSITIF VIVAX ... 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX 3 (ALLEZ À 127) ← NÉGATIF 4 AUTRE 6
125	VÉRIFIEZ 122: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 137) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 137) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 137) ←

POIDS, TAILLE, HÉMOGLOBINE, ET DBS CHEZ LES ENFANT ENFANTS DE 0-5 ANS

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE. NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM

126	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.	Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené à un établissement de santé ALLEZ À 137		
127	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants: a Faiblesse extrême? b Problèmes cardiaques? c Perte de conscience? d Respiration rapide ou difficulté de respirer? e Convulsions? f Saignements anormaux? g Jaunisse/peau jaune ? h Urine foncée? SI AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS, ENERCLEZ CODE Y.	FAIBLESSE EXTRÊME A PROBLÈME CARDIAQUE B PERTE CONSCIENCE C RESPIRATION RAPIDE D CONVULSIONS E SAIGNEMENTS F JAUNISSE G URINE FONCÉE H AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS Y	FAIBLESSE EXTRÊME A PROBLÈME CARDIAQUE B PERTE CONSCIENCE C RESPIRATION RAPIDE D CONVULSIONS E SAIGNEMENTS F JAUNISSE G URINE FONCÉE H AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS Y	FAIBLESSE EXTRÊME A PROBLÈME CARDIAQUE B PERTE CONSCIENCE C RESPIRATION RAPIDE D CONVULSIONS E SAIGNEMENTS F JAUNISSE G URINE FONCÉE H AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS Y
128	VÉRIFIEZ 127: Y A-T-IL UN CODE A-H ENERCLE ?	UN CODE A-H ENERCLE 1 (ALLEZ À 130) ← SEUL CODE Y ENERCLE 2	UN CODE A-H ENERCLE 1 (ALLEZ À 130) ← SEUL CODE Y ENERCLE 2	UN CODE A-H ENERCLE 1 (ALLEZ À 130) ← SEUL CODE Y ENERCLE 2
129	VÉRIFIEZ 122: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 131) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 131) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 131) ←
130	DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.	Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme grave. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené tout de suite à un établissement de santé. ALLEZ À 136		
131	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la CTA donné par un médecin, un centre de santé ou un agent de santé communautaire pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 133) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 133) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 133) ←

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6															
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE. NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM															
132	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE LA CTA.	<p>Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu de la CTA pour le paludisme. Je ne peux pas vous donner une CTA supplémentaire. Cependant, le test montre qu'il/elle a du paludisme. Si votre enfant a de la fièvre pendant 2 jours après la dernière dose de CTA, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens plus approfondis.</p> <p style="text-align: center;">ALLEZ À 136</p>																	
133	LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.	<p>Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé CTA. La CTA est très efficace et d'ici quelques jours, il n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de donner le médicament à l'enfant. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plaît, si vous acceptez, ou non, le médicament.</p>																	
134	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 (SIGNATURE) ← REFUS 2 AUTRE 6 (ALLEZ À 136) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 (SIGNATURE) ← REFUS 2 AUTRE 6 (ALLEZ À 136) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 (SIGNATURE) ← REFUS 2 AUTRE 6 (ALLEZ À 137) ←															
135	TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;">INSTRUCTION POUR LE DOSAGE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">POIDS (en Kg)/ÂGE</th><th colspan="3">TRAITEMENT</th></tr> <tr> <th>Jour 1</th><th>Jour 2</th><th>Jour 3</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4,5 à 8 kg (6 -11 mois)</td><td>1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)</td><td>1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)</td><td>1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)</td></tr> <tr> <td>9 -17 kg (1-5 ans)</td><td>Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)</td><td>Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)</td><td>Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)</td></tr> </tbody> </table> <p>DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les deux jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p> </div>			POIDS (en Kg)/ÂGE	TRAITEMENT			Jour 1	Jour 2	Jour 3	4,5 à 8 kg (6 -11 mois)	1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)	9 -17 kg (1-5 ans)	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)
POIDS (en Kg)/ÂGE	TRAITEMENT																		
	Jour 1	Jour 2	Jour 3																
4,5 à 8 kg (6 -11 mois)	1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)																
9 -17 kg (1-5 ans)	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)																
136	ENREGISTREZ LE CODE RÉSULTAT DU TRAITEMENT POUR LE PALUDISME OU DE LA FICHE DE REFERENCE.	MÉDICAMENT DONNI 1 MÉDICAMENT REFUS 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA 4 AUTRE 6	MÉDICAMENT DONNI 1 MÉDICAMENT REFUS 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA 4 AUTRE 6	MÉDICAMENT DONNI 1 MÉDICAMENT REFUS 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA 4 AUTRE 6															
137	RETOURNEZ À Q.103 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIERE COLONNE DE LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 201.																		

POIDS, TAILLE, HÉMOGLOBINE, ET DBS CHEZ LES FEMMES DE 15-49 ANS

201	VÉRIFIER LA COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÂGE ET LE STATUT MATRIMONIAL DE TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES AUX QUESTIONS 202, 203 ET 204. S'IL Y A PLUS DE 3 FEMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
202	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE : No DE LIGNE DE LA COLONNE 9. NOM DE LA COLONNE 2.	No DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	No DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	No DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM
203	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 7 (ÂGE) :	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2
204	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 8 (STATUT MATRIMONIAL) :	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) . 1 AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) . 1 AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) . 1 AUTRE 2

205	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996
206	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996
206A	PÉRIMÈTRE BRACHIAL EN CENTIMÈTRES.	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996
207	MESUREUR: INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO D'AGENT DE TERRAIN.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN
208	VÉRIFIEZ 203 : ÂGE	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2 (ALLEZ À 210) ←	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2 (ALLEZ À 210) ←	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2 (ALLEZ À 210) ←
209	VÉRIFIEZ 204 : STATUT MATRIMONIAL	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) . 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 216) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) . 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 216) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) . 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 216) ←

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

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____

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

210	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Voulez-vous participer au test d'anémie ?</p>		
211	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE REFUS 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 212) ABSENTE 3 (ALLEZ À 212)	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE REFUS 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 212) ABSENTE 3 (ALLEZ À 212)	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE REFUS 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 212) ABSENTE 3 (ALLEZ À 212)
211A	VÉRIFIEZ 226 DANS QUESTIONNAIRE FEMME OU DEMANDEZ : Êtes-vous enceinte ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE ADULTE POUR LA COLLECTE DE DBS

212	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE DE DBS .	<p>Dans cette enquête, nous demandons aussi à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus de) gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat. Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH, je peux vous fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai aussi un coupon pour bénéficier, vous (et votre partenaire si vous le souhaitez), de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Voulez-vous donner du sang pour le test du VIH ?</p>		
213	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO D'AGENT DE TERRAIN	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE A REFUS 2 _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> (SI REFUS, ALLEZ À 229) ABSENTE 3 (ALLEZ À 229)	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> (SI REFUS, ALLEZ À 229) ABSENTE 3 (ALLEZ À 229)	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> (SI REFUS, ALLEZ À 229) ABSENTE 3 (ALLEZ À 229)

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

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE ADULTE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES				
214	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES .	<p>Nous vous demandons d'autoriser l'ISTEEBU à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels test pourront être effectués. Ces tests seront nécessaires pour l'intérêt du pays.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre de vous identifier. Vous n'êtes pas obligée d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, vous pouvez quand même participer au test du VIH dans le cadre de cette enquête.</p> <p>Est-ce-que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des recherches ou tests supplémentaires ?</p>		
215	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	<p> ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE A REFUS 2 </p> <p align="center">←</p> <p align="center">(SIGNEZ ET ALLEZ À 229)</p>	<p> ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE A REFUS 2 </p> <p align="center">←</p> <p align="center">(SIGNEZ ET ALLEZ À 229)</p>	<p> ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE A REFUS 2 </p> <p align="center">←</p> <p align="center">(SIGNEZ ET ALLEZ À 229)</p>

216	INSCRIVEZ LE No DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ADOLESCENT .	<p align="center">No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE</p> <p align="center"> <input type="text"/> <input type="text"/> </p> <p align="center">(INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)</p>	<p align="center">No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE</p> <p align="center"> <input type="text"/> <input type="text"/> </p> <p align="center">(INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)</p>	<p align="center">No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE</p> <p align="center"> <input type="text"/> <input type="text"/> </p> <p align="center">(INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)</p>
-----	---	---	---	---

CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE	
217	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR LE TEST D'ANÉMIE.</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM DU MINEUR) tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DU MINEUR) à participer au test d'anémie ?</p>

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

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____
218	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 221) ABSENT 3 (ALLEZ À 221)	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 221) ABSENT 3 (ALLEZ À 221)	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 221) ABSENT 3 (ALLEZ À 221)

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ MINEUR POUR LE TEST D'ANÉMIE

219	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ POUR LE TEST D'ANÉMIE.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE) tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Voulez-vous participer au test d'anémie ?</p>		
220	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 221) ABSENT 3 (ALLEZ À 221)	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 221) ABSENT 3 (ALLEZ À 221)	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 221) ABSENT 3 (ALLEZ À 221)
220A	VÉRIFIEZ 226 DANS QUESTIONNAIRE FEMME OU DEMANDEZ : Êtes-vous enceinte ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8

CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LA COLLECTE DE D B S

221	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR LA COLLECTE	<p>Dans cette enquête, nous demandons aussi à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le virus.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus de) gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat du test de (NOM DU MINEUR). Si (NOM DU MINEUR) veut savoir s'il a ou non le VIH, je peux vous fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai également un coupon pour pouvoir bénéficier de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DU MINEUR) à donner du sang pour le test du VIH ?</p>
-----	--	---

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

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____
222	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 ← (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No L'AGENT DE TERRAIN) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> (SI REFUS, ALLEZ À 229) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 229) ←	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 ← (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No L'AGENT DE TERRAIN) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> (SI REFUS, ALLEZ À 229) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 229) ←	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 ← (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No L'AGENT DE TERRAIN) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> (SI REFUS, ALLEZ À 229) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 229) ←

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTE MINEUR POUR LA COLLECTE DE DBS

223	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTE MINEUR POUR LA COLLECTE DE DBS.	<p>Dans cette enquête, nous demandons aussi à des gens dans tout le pays de donner du sang pour le test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de [plus de] gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat. Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH, je peux vous fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai également un coupon pour bénéficier, vous (et votre partenaire si vous le souhaitez), de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. c'est votre décision. Voulez-vous donner du sang pour le test du VIH?</p>		
224	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ 2 ← (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 229) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 229) ←	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ 2 ← (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 229) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 229) ←	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ 2 ← (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 229) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 229) ←

CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES

225	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR DES TESTS	<p>Nous vous demandons d'autoriser l'ISTEEBU à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels test pourront être effectués. Ces tests seront nécessaires pour l'intérêt du pays.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre d'identifier (NOM DU MINEUR). Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, (NOM DU MINEUR) peut quand même participer au test du VIH de cette enquête.</p> <p>Est-ce-que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des tests supplémentaires ?</p>		
226	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉE 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 ← (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 229)	ACCORDÉE 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 ← (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 229)	ACCORDÉE 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 ← (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 229)

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

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTE MINEUR POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES

227	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTE MINEUR POUR DES TESTS	<p>Nous vous demandons d'autoriser l'ISTEEBU à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels test pourront être effectués. Ces tests seront nécessaires pour l'intérêt du pays.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre de vous identifier. Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, vous pouvez quand même participer au test du VIH de cette enquête.</p> <p>Est-ce que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des tests supplémentaires ?</p>		
228	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉE 1 ENQUÊTE MINEUR A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE)	ACCORDÉE 1 ENQUÊTE MINEUR A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE)	ACCORDÉE 1 ENQUÊTE MINEUR A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE)
229	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.			
230	TESTS SUPPLÉMENTAIRES	SI ENQUÊTE ADULTE, VÉRIFIEZ 215; SI ENQUÊTE MINEUR, VÉRIFIEZ 226 ET 228. SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE	SI ENQUÊTE ADULTE, VÉRIFIEZ 215; SI ENQUÊTE MINEUR, VÉRIFIEZ 226 ET 228. SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE	SI ENQUÊTE ADULTE, VÉRIFIEZ 215; SI ENQUÊTE MINEUR, VÉRIFIEZ 226 ET 228. SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE
231	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE .	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 994 A REFUSÉ 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 994 A REFUSÉ 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 994 A REFUSÉ 995 AUTRE 996
232	PLACEZ ÉTIQUETTE CODE BARRE.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE.</div> ABSENTE 99994 A REFUSÉ 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE.</div> ABSENTE 99994 A REFUSÉ 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE.</div> ABSENTE 99994 A REFUSÉ 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.
233	RETOURNEZ À 202 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIÈRE COLONNE D'UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE; SI PLUS DE FEMMES , ALLEZ À 301.			

DBS CHEZ LES CHEZ LES HOMMES DE 15-59 ANS

301	VÉRIFIER LA COLONNE 10 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÂGE ET LE STATUT MATRIMONIAL DE TOUS LES HOMMES ÉLIGIBLES AUX QUESTIONS 302, 303 ET 304. S'IL Y A PLUS DE 3 HOMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
302	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE : No DE LIGNE DE LA COLONNE 10. NOM DE LA COLONNE 2.	No DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	No DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	No DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM
303	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 7 (ÂGE) :	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2
304	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 8 (STATUT MATRIMONIAL) :	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) . 1 AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) . 1 AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) . 1 AUTRE 2

308	VÉRIFIEZ 303 : ÂGE	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2 (ALLEZ À 312) ←	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2 (ALLEZ À 312) ←	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2 (ALLEZ À 312) ←
309	VÉRIFIEZ 304 : STATUT MATRIMONIAL	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) . 1 (ALLEZ À 316) ← AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) . 1 (ALLEZ À 316) ← AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) . 1 (ALLEZ À 316) ← AUTRE 2

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ ADULTE POUR LA COLLECTE DE DBS

A D U L T R E S P O N D E N T C O N S E N T	312	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE DE DBS .	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de donner du sang pour le test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus de) gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrons donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat . Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH, je peux vous fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai également un coupon pour bénéficier vous (et votre partenaire si vous le souhaitez) de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Voulez-vous donner du sang pour le test du VIH ?</p>		
	313	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO D'AGENT DE TERRAIN.	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ A REFUSÉ 2 ← (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (SI REFUS, ALLEZ À 329) ABSENT 3 (ALLEZ À 329) ←	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ A REFUSÉ 2 ← (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (SI REFUS, ALLEZ À 329) ABSENT 3 (ALLEZ À 329) ←	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ A REFUSÉ 2 ← (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (SI REFUS, ALLEZ À 329) ABSENT 3 (ALLEZ À 329) ←

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTE ADULTE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES				
A D U L T R E S P O N D E N T	314	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES	<p>Nous vous demandons d'autoriser l'ISTEEBU à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels test pourront être effectués. Ces tests seront nécessaires pour l'intérêt du pays.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre de vous identifier. Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, vous pouvez quand même participer au test du VIH dans le cadre de cette enquête.</p> <p>Est-ce que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des tests supplémentaires ?</p>	
	315	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ A REFUSÉ 2 (SIGNEZ ET ALLEZ À 329)	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ A REFUSÉ 2 (SIGNEZ ET ALLEZ À 329)

		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____
316	INSCRIVEZ LE No DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ADOLESCENT.	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)

CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LA COLLECTE DE D B S				
P A R E N T R E S P O N D E N T	321	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR LA COLLECTE	<p>Dans cette enquête, nous demandons aussi à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le virus.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus de) gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat du test de (NOM DU MINEUR). Si (NOM DU MINEUR) veut savoir s'il a ou non le VIH, je peux vous fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai également un coupon pour pouvoir bénéficier de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DU MINEUR) à donner du sang pour le test du VIH ?</p>	
	322	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No L'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (SI REFUS, ALLEZ À 329) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 329)	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No L'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (SI REFUS, ALLEZ À 329) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 329)

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTE MINEUR POUR LA COLLECTE DE DBS				
MINOR RESPONDENT CONSENT	323	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTE MINEUR POUR LA COLLECTE DE DBS.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de donner du sang pour le test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus de) gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrons donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat. Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH, je peux vous fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai également un coupon pour bénéficier, vous (et votre partenaire si vous le souhaitez), de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Voulez-vous donner du sang pour le test du VIH ?</p>	
	324	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ 2	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ 2
		_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 329) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 329)	_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 329) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 329)	_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 329) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 329)
		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
		NOM DE LA COLONNE 2.	NOM	NOM
CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES				
PARENT RESPONDENT ADULT CONSENT	325	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR DES TESTS	<p>Nous vous demandons d'autoriser l'ISTEEBU à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués. Ces tests seront nécessaires pour l'intérêt du pays.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre d'identifier (NOM DU MINEUR). Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, (NOM DU MINEUR) peut quand même participer au test du VIH de cette enquête.</p> <p>Est-ce-que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des tests supplémentaires ?</p>	
	326	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2
		_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 329)	_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 329)	_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 329)

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ MINEUR POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES				
MINOR RESPONDENT CONSENT	327	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ MINEUR POUR DES TESTS	<p>Nous vous demandons d'autoriser l'ISTEEBU à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués. Ces tests seront nécessaires pour l'intérêt du pays.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre de vous identifier. Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, vous pouvez quand même participer au test du VIH dans le cadre de cette enquête.</p> <p>Est-ce-que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des recherches ou tests supplémentaires ?</p>	
	328	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE)	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE)
329 PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.				
330 TESTS SUPPLÉMENTAIRES		SI ENQUÊTÉ ADULTE, VÉRIFIEZ 315; SI ENQUÊTÉ MINEUR, VÉRIFIEZ 326 ET 328. SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE	SI ENQUÊTÉ ADULTE, VÉRIFIEZ 315; SI ENQUÊTÉ MINEUR, VÉRIFIEZ 326 ET 328. SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE	SI ENQUÊTÉ ADULTE, VÉRIFIEZ 315; SI ENQUÊTÉ MINEUR, VÉRIFIEZ 326 ET 328. SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE
332 PLACEZ ÉTIQUETTE CODE BARRE.		<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE.</div> ABSENT 99994 A REFUSÉ 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE.</div> ABSENT 99994 A REFUSÉ 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE.</div> ABSENT 99994 A REFUSÉ 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.
333 RETOURNEZ À 302 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIÈRE COLONNE D'UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE; SI PLUS D'HOMMES, TERMINEZ L'INTERVIEW.				

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

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