

**ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ-2003  
QUESTIONNAIRE DES PRÉLÈVEMENTS DE SANG DU MÉNAGE**

REPUBLIQUE DE MADAGASCAR  
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

DIRECTION DE LA DÉMOGRAPHIE  
ET DES STATISTIQUES SOCIALES

IDENTIFICATION																													
NOM DE LA LOCALITÉ _____	<table border="1"> <tr> <td>GRAPPE</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>MÉNAGE</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>PROVINCE</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>COMMUNE</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) .....</td> <td>URBAIN/RURAL</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>GRANDE VILLE/ AUTRE- VILLE/ RURAL .....</td> <td>RÉSIDENCE</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>(Capitale =1, Autre-Ville =2, , Rural =3)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	GRAPPE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MÉNAGE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PROVINCE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	COMMUNE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) .....	URBAIN/RURAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	GRANDE VILLE/ AUTRE- VILLE/ RURAL .....	RÉSIDENCE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(Capitale =1, Autre-Ville =2, , Rural =3)			
GRAPPE		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
MÉNAGE		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
PROVINCE		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
COMMUNE		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) .....		URBAIN/RURAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
GRANDE VILLE/ AUTRE- VILLE/ RURAL .....		RÉSIDENCE	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
(Capitale =1, Autre-Ville =2, , Rural =3)																													
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																													
NUMÉRO DE GRAPPE .....																													
NUMÉRO DU MÉNAGE .....																													
PROVINCE (FARITANY) .....																													
COMMUNE .....																													
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) .....																													
GRANDE VILLE/ AUTRE- VILLE/ RURAL .....																													
(Capitale =1, Autre-Ville =2, , Rural =3)																													
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR UNE ENQUETE HOMME ET LES TESTS D'ANÉMIE/SYPHILIS (OUI=1 NON=2)	<input type="checkbox"/>																												
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR LES TESTS DE TÉTANOS ET DE ROUGEOLE (OUI=1 NON=2)	<input type="checkbox"/>																												

VISITES D'ENQUÊTRICES/ENQUÊTEURS																								
	1	2	3	VISITE FINALE																				
DATE	_____	_____	_____	<table border="1"> <tr> <td>JOUR</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>MOIS</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>ANNÉE</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NOM</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>*RÉSULTAT</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	JOUR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MOIS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ANNÉE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NOM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	*RÉSULTAT	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
JOUR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
MOIS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
ANNÉE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
NOM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
*RÉSULTAT	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____																					
RÉSULTAT*	_____	_____	_____																					
PROCHAINE VISITE :DATE	_____	_____		NBRE TOTAL DE VISITES <input type="checkbox"/>																				
HEURE	_____	_____																						
*CODES RÉSULTATS: 1 REMPLI 2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT AU MOMENT DE LA VISITE 3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE 4 DIFFÉRÉ 5 REFUSÉ 6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE 7 LOGEMENT DÉTRUIT 8 LOGEMENT NON TROUVÉ 9 AUTRE _____ (PRÉCISER)			ENFANTS Eligible <input type="text"/>	FEMMES Eligible <input type="text"/>	HOMMES Eligible <input type="text"/>																			
CONTRÔLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE		CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR																				
NOM _____	NOM _____		<input type="text"/>	<input type="text"/>																				
DATE _____	DATE _____		<input type="text"/>	<input type="text"/>																				

VÉRIFIER PAGE DE COUVERTURE :

TEST D'ANÉMIE OUI

  
↓

PAS DE TEST D'ANÉMIE

→201

### TEST D'ANÉMIE POUR LES ENFANTS 0-5 ANS

**AVANT DE PROCÉDER AU TEST DE L'ANÉMIE POUR UN ENFANT, VOUS DEVEZ D'ABORD OBTENIR LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT.**

Dans cette enquête, nous voulons connaître le niveau de l'anémie chez les enfants, les femmes et les hommes. L'anémie est un sérieux problème de santé qui est dû à une alimentation pauvre. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.

Nous voudrions que tous vos enfants ou les enfants de 0-5 ans qui sont à votre garde, participent au test d'anémie en donnant quelques gouttes de sang du doigt. Pour ce test on utilise des instruments stérilisés et non-réutilisables qui sont propres et sans risque. Le sang sera analysé avec un équipement neuf et les résultats vous seront communiqués immédiatement après la prise de sang. Les résultats sont confidentiels.

Avez-vous des questions?

Nous voudrions que [NOM DE L'ENFANT] participe au test d'anémie. Vous pouvez accepter ou refuser. C'est à vous de décider.

Maintenant, est-ce que vous acceptez que [NOM DE L'ENFANT] participe au test ?

**ENREGISTRER. SI LE PARENT (OU AUTRE ADULTE) DANS LE MÉNAGE ACCEPTE, ENCERCLER '1' ET SIGNER À LA QUESTION 6. SI LE PARENT (OU AUTRE ADULTE) DU MÉNAGE RÉFUSE, ENCERCLER '2', ENSUITE PASSER À LA QUESTION 12 ET ENREGISTRER LE RÉSULTAT FINAL '3' (RÉFUSER).**

**SI LE PARENT (OU AUTRE ADULTE) A CONSENTI ET QUE LE SANG A ÉTÉ PRÉLEVÉ, MAIS LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE PAS MESURER, ENCERCLER 996, ENSUITE PASSER À 12.**

ENREGISTRER LE N° DE LIGNE.		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		(1)	(2)	(3)	(4)					
N°.	QUESTIONS/ INSTRUCTIONS	<b>MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS 0-5 ANS</b>								
1	<p>VÉRIFIER EN COLONNE 9 DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE. DANS LES QUESTIONS 2-5 CI-DESSOUS, ENREGISTRER LE(S) NOM(S), LE SEXE, L'ÂGE ET LE NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT (OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE) POUR TOUS LES ENFANTS 0-5 ANS. LISTER TOUS LES ENFANTS DANS L'ORDRE DANS LEQUEL ILS APPARAISSENT DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE. LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR L'ANÉMIE POUR LES ENFANTS EST LOCALISÉ À LA PAGE OPPOSÉE À CELLE-CI.</p> <p>POUR LA QUESTION 5, IDENTIFIER LE PARENT OU L'ADULTE RESPONSABLE DE(S) ENFANT(S), À QUI VOUS DEMANDEREZ LE CONSENTEMENT POUR QUE L'ENFANT PARTICIPE AU TEST. ENREGISTRER LE(S) NUMÉRO(S) DE LIGNE À PARTIR DES COLONNES 8 OU 8A DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE OU ENREGISTRER '00' SI LE PARENT OU L'ADULTE DÉSIGNÉ N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE.</p>									
2	ENREGISTRER LE NOM, SEXE ET ÂGE DE TOUS LES ENFANTS 0-5 ANS.	NOM _____	NOM _____	NOM _____	NOM _____					
3	INSCRIRE LE NOMBRE TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES SUR LA PAGE COUVERTURE DE CE QUESTIONNAIRE.	Masculin..... 1 Féminin..... 2	Masculin..... 1 Féminin..... 2	Masculin..... 1 Féminin..... 2	Masculin..... 1 Féminin..... 2					
4		Âge <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
5	ENREGISTRER LE N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE OU MARQUER '00' S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUEST. MÉNAGE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
<b>CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE</b>										
6	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU CONSENTEMENT DU PARENT/ AUTRE ADULT POUR LE TEST D'ANÉMIE	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER _____	2 REFUSÉ SIGNER _____ ↓ PASSER À 12	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER _____	2 REFUSÉ SIGNER _____ ↓ PASSER À 12	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER _____	2 REFUSÉ SIGNER _____ ↓ PASSER À 12	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER _____	2 REFUSÉ SIGNER _____ ↓ PASSER À 12	
<b>NIVEAU D'HÉMOGLOBINE</b>										
7	POUR CHAQUE ENFANT QUI A ÉTÉ TESTÉ, ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TEST À LA QUESTION 7A. ENSUITE PRÉPARER LA FICHE DE RÉSULTAT POUR LA DONNÉE AU PARENT (OU AUTRE ADULTE).									
7A	ENREGISTRER LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.	NIVEAU D'HÉMOGLOBINE <input type="text"/> , <input type="text"/> PAS MESURÉ .....996→ 12 (PRÉCISER) _____	NIVEAU D'HÉMOGLOBINE <input type="text"/> , <input type="text"/> PAS MESURÉ .....996→ 12 (PRÉCISER) _____	NIVEAU D'HÉMOGLOBINE <input type="text"/> , <input type="text"/> PAS MESURÉ .....996→ 12 (PRÉCISER) _____	NIVEAU D'HÉMOGLOBINE <input type="text"/> , <input type="text"/> PAS MESURÉ .....996→ 12 (PRÉCISER) _____					
8	VÉRIFIER LE NIVEAU	1 INFÉRIEUR À 7 G/DL ↓	2 ENTRE 7-10 G/DL ↓ PASSER 10	3 AT/ SUPÉRIEUR À 10 G/DL ↓ PASSER 11	1 INFÉRIEUR À 7 G/DL ↓	2 ENTRE 7-10 G/DL ↓ PASSER 10	3 AT/ SUPÉRIEUR À 10 G/DL ↓ PASSER 11	1 INFÉRIEUR À 7 G/DL ↓	2 ENTRE 7-10 G/DL ↓ PASSER 10	3 AT/ SUPÉRIEUR À 10 G/DL ↓ PASSER 11
9	Le niveau d'hémoglobine que nous avons détecté dans le sang de (NOM DE L'ENFANT) est trop bas. Cela signifie que (NOM DE L'ENFANT) a développé un état anémique sévère, ce qui est un problème de santé sérieux. Nous souhaiterions informer, le centre de santé le plus proche au sujet de l'état de (NOM DE L'ENFANT). Cela vous aidera à obtenir le traitement approprié à l'état de (NOM DE L'ENFANT).									
9A	Acceptez-vous que l'information concernant le niveau d'hémoglobine dans le sang de (nom de l'enfant) soit transmise au docteur?	A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ. ....1→ 12 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCEPTÉ.....2→10A	A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ. ....1→ 12 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCEPTÉ.....2→10A	A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ. ....1→ 12 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCEPTÉ.....2→10A	A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ. ....1→ 12 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCEPTÉ.....2→10A					

ENREGISTRER LE N <sup>o</sup> DE LIGNE.		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		(1)	(2)	(3)	(4)
10	Le niveau d'hémoglobine que nous avons détecté dans le sang de (NOM DE L'ENFANT) indique que (NOM DE L'ENFANT) a développé un état anémique modéré. Cela signifie que (NOM DE L'ENFANT) a été modérément anémié, ce qui constituerait un problème de santé sérieux pour lui dans l'avenir s'il n'est pas traité.				
10A	Acceptez-vous une lettre de référence de consultation pour (nom de l'enfant) pour voir le docteur au sujet de son état?	A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ.....1→12 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCEPTÉ .....2→12	A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ.....1→12 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCEPTÉ .....2→12	A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ.....1→12 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCEPTÉ .....2→12	A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ.....1→12 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCEPTÉ .....2→12
11	Le niveau d'hémoglobine détecté dans le sang de (NOM DE L'ENFANT) est normal.				
12	ENREGISTRER LE RÉSULTAT FINAL À LA QUESTION 12A.  APRÈS AVOIR REPASSER DANS LES MÉNAGES POUR EFFECTUER TOUS LES RAPPELS, VÉRIFIER ET ENREGISTRER LE RÉSULTAT FINAL DU PRÉLÈVEMENT DE SANG POUR LE TEST D'ANÉMIE POUR CHAQUE ENFANT. SI UN ENFANT ÉLIGIBLE N'A JAMAIS ÉTÉ PRÉSENT DANS LE MÉNAGE OU SI LE PARENT OU AUCUN ADULTE N'A JAMAIS ÉTÉ PRÉSENT, ENREGISTRER '2' (ABSENT).				
12A	RÉSULTAT DU PRÉLÈVEMENT  1 MÉSURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE _____	<input type="checkbox"/>  _____ (PRÉCISER)	<input type="checkbox"/>  _____ (PRÉCISER)	<input type="checkbox"/>  _____ (PRÉCISER)	<input type="checkbox"/>  _____ (PRÉCISER)
13	APRÈS AVOIR EFFECTUÉ TOUTES LES VISITES DE RAPPEL DANS LES MÉNAGES, ENREGISTRER LE NOMBRE TOTAL D'ENFANTS POUR LESQUELS LE TEST D'ANÉMIE A ÉTÉ COMPLÉTÉ (C'EST-À-DIRE, CODE 1 ENREGISTRÉ À Q. 12A).				<input type="text"/>

## TEST D'ANÉMIE ET DE SYPHILIS POUR LES ADULTES

### Consentement Éclairé

#### TEST D'ANÉMIE

Comme part de cette enquête, nous étudions l'anémie chez les enfants, les femmes et les hommes. L'anémie est un problème de santé qui est dû à une alimentation pauvre et/ ou une infection. Cette enquête aidera le gouvernement de Madagascar à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.

Nous voudrions que vous participiez à ce test d'anémie en donnant quelques gouttes de sang du doigt. Pour ce test on utilise des instruments stérilisés et non-réutilisables qui sont propres et sans risque. Le sang sera analysé avec un équipement neuf et les résultats vous seront communiqués immédiatement après la prise de sang. Les résultats sont confidentiels.

Avez-vous des questions?

Nous voudrions que vous participiez à ce test d'anémie. Vous pouvez accepter ou de refuser. C'est à vous de décider.

#### DEMANDER LE CONSEMENT DU PARENT OU L'ADULTE RESPONSABLE DU JEUNE DE 15-17 ANS:

Maintenant, est-ce que vous acceptiez que [JEUNE DE 15-17 ANS] participe au test d'anémie?  
ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ À Q.107 ET SIGNER.

#### DEMANDER LE CONSENTEMENT À L'ENQUÊTÉ DE 18 ANS OU PLUS ET AU JEUNE DE 15-17 ANS DONT LE PARENT/ADULTE RESPONSABLE A CONSENTIT :

Maintenant, est-ce que vous acceptiez de participer au test d'anémie?  
ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ À Q.110 ET SIGNER.

#### TEST DE SYPHILIS

Dans cette enquête, nous étudions aussi la syphilis chez les femmes et les hommes à Madagascar. La syphilis peut causer de sérieux problèmes de santé si elle n'est pas traitée. Les résultats de cette enquête aideront le gouvernement de Madagascar à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter la syphilis.

Nous voudrions que vous participiez à ce test. Si vous acceptez, nous allons prélever d'abord quelques gouttes de sang du même doigt déjà piqué pour le test d'anémie ( ou de votre doigt, SI L'ENQUÊTÉ N'AVAIT PAS CONSENTI AU TEST D'ANÉMIE). Nous allons déterminer le résultat du test ici sur place chez vous, si vous avez la syphilis. Si le résultat du test montre que vous n'avez pas la syphilis (résultat négatif), nous vous le ferons savoir sur place.

Si le résultat montre que vous avez la syphilis (résultat positif), nous aurons besoin d'effectuer un autre test pour confirmer si la syphilis est actuelle ou ancienne. Pour ce deuxième test, nous allons prélever un peu de sang des veines de votre bras. Ce sang sera analysé ce soir et je vous apporterai votre résultat demain si vous me dites où et quand je peux vous l'apporter. C'est ce résultat qui nous permettra de vous donner un traitement si le résultat s'avère positif.

À part vous, moi même, l'infirmière et le technicien de laboratoire qui fera l'autre analyse de sang, personne d'autre ne connaîtra les résultats de vos tests de syphilis.

Pour ces tests, nous utilisons des instruments stérilisés et non-réutilisables qui sont propres et complètement sans risque.

Avez-vous des questions?

Nous voudrions que vous participiez à ce test de syphilis. Vous pouvez accepter ou de refuser. C'est à vous de décider.

#### DEMANDER LE CONSEMENT DU PARENT OU L'ADULTE RESPONSABLE DU JEUNE DE 15-17 ANS:

Maintenant, est-ce que vous acceptiez que [JEUNE DE 15-17 ANS] participe au test de syphilis ?  
ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ À Q.108 ET SIGNER.

#### DEMANDER LE CONSENTEMENT À L'ENQUÊTÉ DE 18 ANS OU PLUS ET AU JEUNE DE 15-17 ANS DONT LE PARENT/ADULTE RESPONSABLE A CONSENTIT :

Maintenant, est-ce que vous acceptiez de participer au test de syphilis?  
ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ À Q.111 ET SIGNER.

ENREGISTRER LE N° DE LIGNE.		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		
		(1)		(2)		(3)		(4)		
101	<p>VÉRIFIER LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE ET IDENTIFIER TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ET TOUS LES HOMMES DE 15-59 QUI SONT RÉSIDENTS OU ÉTAIENT VISITEURS DANS LE MÉNAGE LA NUIT PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE.</p> <p>ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LA VISITE À LAQUELLE L'ENQUÊTÉ ÉRAIT PRÉSENT À LA QUESTION 105 CI-DESSOUS.</p> <p>AVANT DE CONDUIRE LE TEST D'ANÉMIE ET DE SYPHILIS, VOUS DEVEZ OBTENIR LE CONSENTEMENT DE CHAQUE ENQUÊTÉ. DANS LE CAS D'UN ENQUÊTÉ ÂGÉ DE 15-17, VOUS DEVEZ D'ABORD OBTENIR LE CONSENTEMENT DU PARENT OU D'UN AUTRE ADULTE RESPONSABLE DANS LE MÉNAGE. LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR L'ANÉMIE ET LE TEST DE SYPHILIS PAR ABBOTT DÉTERMINE, QUI UTILISENT LES GOUTTES DE SANG CAPILLAIRE DU DOIGT, EST LOCALISÉ À LA PAGE OPPOSÉE À CELLE-CI, ET LES RÉSULTATS SONT ENREGISTRÉS AUX QUESTIONS 107-112 CI-DESSOUS.</p>									
102	ENREGISTRER LE NOM, SEXE ET ÂGE DE TOUS LES ENQUÊTÉS ÉLIGIBLES POUR LE TEST D'ANÉMIE ET DE SYPHILIS.	NOM _____		NOM _____		NOM _____		NOM _____		
103		Masculin..... 1 Féminin..... 2		Masculin..... 1 Féminin..... 2		Masculin..... 1 Féminin..... 2		Masculin..... 1 Féminin..... 2		
104	INSCRIRE LE NOMBRE D'ENQUÊTÉS ÉLIGIBLES SUR LA PAGE COUVERTURE DE CE QUESTIONNAIR.	Âge <input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		
105	ENCERCLER LE N° DE VISITE À LA QUELLE L'ENQUÊTÉ ÉTAIT PRÉSENT POUR LE TEST	VISITE	OUI	NON	VISITE	OUI	NON	VISITE	OUI	NON
		1 <sup>ère</sup>	1	2	1 <sup>ère</sup>	1	2	1 <sup>ère</sup>	1	2
		2 <sup>ème</sup>	1	2	2 <sup>ème</sup>	1	2	2 <sup>ème</sup>	1	2
		3 <sup>ème</sup>	1	2	3 <sup>ème</sup>	1	2	3 <sup>ème</sup>	1	2
<b>CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE ET DE SYPHILIS</b>										
106	VERIFIER ÂGE A Q. 104	1 15-17 ↓	2 18 0U PLUS→110							
107	ENREGISTRER LE CONSENTEMENT DU PARENT OU AUTRE ADULTE POUR LES GOUTTES DE SANG POUR LE TEST D'ANÉMIE	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER _____	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER _____							
108	ENREGISTRER LE CONSENTEMENT DU PARENT OU AUTRE ADULTE POUR LES GOUTTES DE SANG POUR LE TEST DE SYPHILIS	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER _____	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER _____							
109	VERIFIER Q 107 ET 108	1 PARENT/ AUTRE ADULTE A ACCEPTÉ L'UN OU LES DEUX TESTS ↓	2 A REFUSÉ LES DEUX TESTS→ 131	1 PARENT/ AUTRE ADULTE A ACCEPTÉ L'UN OU LES DEUX TESTS ↓	2 A REFUSÉ LES DEUX TESTS→ 131	1 PARENT/ AUTRE ADULTE A ACCEPTÉ L'UN OU LES DEUX TESTS ↓	2 A REFUSÉ LES DEUX TESTS→ 131	1 PARENT/ AUTRE ADULTE A ACCEPTÉ L'UN OU LES DEUX TESTS ↓	2 A REFUSÉ LES DEUX TESTS→ 131	
110	ENREGISTRER LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ POUR LES GOUTTES DE SANG POUR LE TEST D'ANÉMIE	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER _____	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER _____							
111	ENREGISTRER LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ POUR LES GOUTTES DE SANG POUR LE TEST DE SYPHILIS	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER _____	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER _____							
112	VÉRIFIER Q 110 ET 111	1 A ACCEPTÉ L'UN OU LES DEUX TESTS ↓	2 A REFUSÉ LES DEUX TESTS → 131	1 A ACCEPTÉ L'UN OU LES DEUX TESTS ↓	2 A REFUSÉ LES DEUX TESTS → 131	1 A ACCEPTÉ L'UN OU LES DEUX TESTS ↓	2 A REFUSÉ LES DEUX TESTS → 131	1 A ACCEPTÉ L'UN OU LES DEUX TESTS ↓	2 A REFUSÉ LES DEUX TESTS → 131	

ENREGISTRER LE N° DE LIGNE.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
	(1)	(2)	(3)	(4)						
<b>113</b>	<b>PRÉPARER LE MATÉRIELS ET ÉQUIPEMENTS DÉMANDÉS POUR LE(S) TEST(S) AUQUEL L'ENQUÊTÉ A CCEPTÉ. COMPLÉTER LES QUESTIONS 114, 121 ET 123 AVANT DE COMMENCER LE TEST POUR L'ENQUÊTÉ.</b>									
<b>TEST D'ANÉMIE</b>										
<b>114</b>	<b>VÉRIFIER 110 SI L'ENQUÊTÉ A ACCEPTÉ DE DONNER DU SANG DU DOIGT POUR LE TEST D'ANÉMIE.</b>	1 A ACCEPTÉ ↓	2 A REFUSÉ ↓ PASSER À 121	1 A ACCEPTÉ ↓	2 A REFUSÉ ↓ PASSER À 121	1 A ACCEPTÉ ↓	2 A REFUSÉ ↓ PASSER À 121	1 A ACCEPTÉ ↓	2 A REFUSÉ ↓ PASSER À 121	
<b>115</b>	<b>ÉTANT DONNER QUE L'ENQUÊTÉ A ACCEPTÉ DE DONNER DU SANG POUR LE TEST D'ANÉMIEAS, PROCÉDER AU PRÉLÈVEMENT DES GOUTTES DE SANG DU DOIGT POUR L'ANÉMIE ET ENREGISTRER LES RÉSULTATS À LA QUESTION 116 CI-DESSOUS. POUR CHAQUE ENQUÊTÉ QUI A ÉTÉ TESTÉ, ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TEST À LA QUESTION 116. ENSUITE PRÉPARER LA FICHE DE RÉSULTAT POUR LA DONNÉE À L'ENQUÊTÉ.</b>									
<b>116</b>	ENREGISTRER LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.	NIVEAU D'HÉMOGLOBINE <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> PAS MESURÉ ..... 996→ 121 (PRÉCISER)	NIVEAU D'HÉMOGLOBINE <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> PAS MESURÉ ..... 996→ 121 (PRÉCISER)	NIVEAU D'HÉMOGLOBINE <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> PAS MESURÉ ..... 996→ 121 (PRÉCISER)	NIVEAU D'HÉMOGLOBINE <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> PAS MESURÉ ..... 996→ 121 (PRÉCISER)					
<b>117</b>	VÉRIFIER LE NIVEAU	1 INFÉRIEUR À 7 G/DL ↓ PASSER 119	2 ENTRE 7-10 G/DL ↓ PASSER 120	3 AT/SUPÉRIEUR À 10 G/DL ↓ PASSER 120	1 INFÉRIEUR À 7 G/DL ↓ PASSER 119	2 ENTRE 7-10 G/DL ↓ PASSER 120	3 AT/SUPÉRIEUR À 10 G/DL ↓ PASSER 120	1 INFÉRIEUR À 7 G/DL ↓ PASSER 119	2 ENTRE 7-10 G/DL ↓ PASSER 120	3 AT/SUPÉRIEUR À 10 G/DL ↓ PASSER 120
<b>118</b>	Le niveau d'hémoglobine que nous avons détecté dans votre sang est trop bas. Cela signifie que vous avez développé un état anémique sévère, ce qui est un problème de santé sérieux. Nous souhaiterions informer, le centre de santé le plus proche au sujet de votre état de santé. Cela vous aidera à obtenir le traitement approprié à votre état de santé.									
<b>118A</b>	Acceptez-vous que l'information concernant le niveau d'hémoglobine dans votre sang soit transmise au docteur?	1 A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ DE DONNER LE NOM ↓ PASSER À 121	2 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCEPTÉ DE DONNER LE NOM ↓ PASSER À 119A	1 A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ DE DONNER LE NOM ↓ PASSER À 121	2 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCEPTÉ DE DONNER LE NOM ↓ PASSER À 119A	1 A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ DE DONNER LE NOM ↓ PASSER À 121	2 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCEPTÉ DE DONNER LE NOM ↓ PASSER À 119A	1 A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ DE DONNER LE NOM ↓ PASSER À 121	2 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCEPTÉ DE DONNER LE NOM ↓ PASSER À 119A	
<b>119</b>	Le niveau d'hémoglobine que nous avons détecté dans votre sang indique que vous avez développé un état anémique modéré. Cela signifie que vous avez été modérément anémié, ce qui constituerait un problème de santé sérieux pour vous dans l'avenir s'il n'est pas traité.									
<b>119A</b>	Acceptez-vous une lettre de référence de consultation pour vous faire examiner par le docteur au sujet de son état?	1 A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ LA LETTRE DE RÉFÉRRENC ↓ PASSER À 121	2 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCEPTÉ LA LETTRE DE RÉFÉRENCE ↓ PASSER À 121	1 A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ LA LETTRE DE RÉFÉRENCE ↓ PASSER À 121	2 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCEPTÉ LA LETTRE DE RÉFÉRENCE ↓ PASSER À 121	1 A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ LA LETTRE DE RÉFÉRENCE ↓ PASSER À 121	2 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCEPTÉ LA LETTRE DE RÉFÉRENCE ↓ PASSER À 121	1 A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ LA LETTRE DE RÉFÉRENCE ↓ PASSER À 121	2 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCEPTÉ LA LETTRE DE RÉFÉRENCE ↓ PASSER À 121	
<b>120</b>	Le niveau d'hémoglobine détecté dans votre sang est normal.									
<b>TEST DE SYPHILIS UTILISANT LA MÉTHODE ABBOTT DÉTERMINE</b>										
<b>121</b>	<b>VÉRIFIER 111 SI L'ENQUÊTÉ A ACCEPTÉ DE DONNER DU SANG DU DOIGT POUR LE TEST DE SYPHILIS.</b>	1 A ACCEPTÉ ↓	2 A REFUSÉ ↓ PASSER À 131	1 A ACCEPTÉ ↓	2 A REFUSÉ ↓ PASSER À 131	1 A ACCEPTÉ ↓	2 A REFUSÉ ↓ PASSER À 131	1 A ACCEPTÉ ↓	2 A REFUSÉ ↓ PASSER À 131	
<b>122</b>	<b>AVANT DE COMMENCER LE TEST, ÉTANT QUE L'ENQUÊTÉ A ACCEPTÉ DE DONNER DU SANG POUR LE TEST DE LA SYPHILIS, PRENER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES À BARRES DANS LA PREMIÈRE RANGÉE DISPONIBLE SUR LA FEUILLE DES ÉTIQUETTES ENSUITE LA COLLER À LA QUESTION 123, COLLER DEUXIÈME ÉTIQUETTE CODES À BARRES DE LA MÊME RANGÉE SUR LA CARTE DE TEST DE ABBOTT DÉTERMINE SUR LAQUELLE VOUS ALLEZ EFFECTUER LE TEST DE SANG POUR LA SYPHILIS. VÉRIFIER QUE L'ÉTIQUETTE À LA QUESTION 123 ET CELLE SUR LA CARTE DE TEST DE ABBOTT DÉTERMINE ONT LES MÊMES CODES.</b>									

123	VÉRIFIER À 121. SI L'ENQUÊTÉ A ACCEPTÉ LE TEST, COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES À BARRES D'UNE RANGÉE.	COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES À BARRES D'UNE RANGÉE ICI		COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES À BARRES D'UNE RANGÉE ICI		COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES À BARRES D'UNE RANGÉE ICI		COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES À BARRES D'UNE RANGÉE ICI	
124	RÉSULTAT DE PRÉLÈVEMENT DES GOUTTES DE SANG CAPILLAIRES POUR LE TEST DE SYPHILIS UTILISANT ABBOTT DETERMINE SYPHILIS.	1 PRÉLEVÉ ↓	2 PAS PRÉLEVÉ/ PROBLÈME DE PRÉLÈVEMENT (PRÉCISER) ↓ PASSER À 131	1 PRÉLEVÉ ↓	2 PAS PRÉLEVÉ/ PROBLÈME DE PRÉLÈVEMENT (PRÉCISER) ↓ PASSER À 131	1 PRÉLEVÉ ↓	2 PAS PRÉLEVÉ/ PROBLÈME DE PRÉLÈVEMENT (PRÉCISER) ↓ PASSER À 131	1 PRÉLEVÉ ↓	2 PAS PRÉLEVÉ/ PROBLÈME DE PRÉLÈVEMENT (PRÉCISER) ↓ PASSER À 131
125	<b>COMMENCER LE TEST DE SYPHILIS SUR LE SANG DE L'ENQUÊTÉ PRÉLEVÉ EN UTILISANT LA MÉTHODE ABBOTT DETERMINE.</b>								
125A	APRÈS AVOIR ÉTALÉ LE SANG SUR LA CARTE DE TEST ABBOTT, ENREGISTRER L'HEURE QUE VOUS AVEZ À VOTRE MONTRE. C'EST L'HEURE DE DÉBUT DU TEST.	HEURES..... MINUTES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>						
125B	<b>ATTENDRE 15 MINUTES.</b>								
125C	APRÈS 15 MINUTES ÉCOULÉES, ENREGISTRER L'HEURE QUE VOUS AVEZ À VOTRE MONTRE POUR INDICHER L'HEURE DE FIN DU TEST.	HEURES..... MINUTES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>						
125D	SOUSTRAIRE L'HEURE À 125A DE CELLE DE 125C	MINUTES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>						
125E	<b>SI LA DURÉE À 125D EST 15 MINUTES OU PLUS, FAIRE LA LECTURE DU RÉSULTAT DU TEST DE SYPHILIS SUR LA CARTE ABBOTT DETERMINE. SI LA DURÉE À 125D EST MOINS DE 15 MINUTES, COMPLÉTER LA DURÉE MINIMALE DE 15 MINUTES AVANT DE FAIRE LA LECTURE DES RÉSULTATS DU TEST DE SYPHILIS PAR LA MÉTHODE ABBOTT.</b>								
126	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TEST DE SYPHILIS DE ABBOTT DETERMINE.	1 POSITIF 3 INDÉTERMINÉ	2 NÉGATIF						
127	<b>INFORMER CHAQUE ENQUÊTÉ DE SON RÉSULTAT DE TEST DE ABBOTT. POUR CEUX DONT LE RÉSULTAT EST NÉGATIF, VOUS PASSER À QUESTION 131. POUR CEUX DONT LE RÉSULTAT EST POSITIF OU INDÉTERMINÉ, DEMANDER À 128-128A, LEUR CONSENTEMENT D'ACCEPTER DE DONNER UN PEU DU SANG DU BRAS POUR LE TEST DE CONFIRMATION DE SYPHILIS.</b>								
128	Étant donné que le résultat de ce test est positif, il est possible que vous ayez présentement la syphilis. Pour être sûr que vous avez présentement l'infection afin de pouvoir vous donner un traitement à la maison, nous avons besoin de prendre une petite quantité du sang des veines de votre bras pour le tester. Le résultat vous sera donné plus tard aujourd'hui ou demain. Le résultat de vos tests seront confidentiels. La décision de participer à ce test de confirmation afin d'obtenir un traitement vous appartient. Avez-vous des questions? Maintenant, est-ce que vous acceptez de participer au test?								
128A	CONSENTEMENT POUR LE PRÉLÈVEMENT DE SANG DES VEINES DU BRAS POUR LE TEST RPR	A ACCEPTÉ .....1 SIGNER A REFUSÉ .....2 → 131 AUTRE .....8 → 131 (PRÉCISER)	A ACCEPTÉ .....1 SIGNER A REFUSÉ .....2 → 131 AUTRE .....8 → 131 (PRÉCISER)	A ACCEPTÉ .....1 SIGNER A REFUSÉ .....2 → 131 AUTRE .....8 → 131 (PRÉCISER)	A ACCEPTÉ .....1 SIGNER A REFUSÉ .....2 → 131 AUTRE .....8 → 131 (PRÉCISER)	A ACCEPTÉ .....1 SIGNER A REFUSÉ .....2 → 131 AUTRE .....8 → 131 (PRÉCISER)	A ACCEPTÉ .....1 SIGNER A REFUSÉ .....2 → 131 AUTRE .....8 → 131 (PRÉCISER)	A ACCEPTÉ .....1 SIGNER A REFUSÉ .....2 → 131 AUTRE .....8 → 131 (PRÉCISER)	A ACCEPTÉ .....1 SIGNER A REFUSÉ .....2 → 131 AUTRE .....8 → 131 (PRÉCISER)
129	<b>AVANT DE PRÉLEVER LE SANG DE L'ENQUÊTÉ, COLLER DES ÉTIQUETTES CODES À BARRES QUI CORRESPONDENT À CELLE COLLÉE DANS CE QUESTIONNAIRE À 123 : LA TROISIÈME ÉTIQUETTE CODES À BARRES SUR LE TUBE EDTA VACUTAINER; LA QUATRIÈME SUR LE TUBE CRYOGENIC; LA CINQUIÈME SUR LA FICHE DE RÉSULTAT DE TEST RPR ; ET LA SIXIÈME SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PLASMA POUR LE TEST DE TPHA. ENSUITE, PRÉLEVER SCC DE SANG DES VEINES DANS LE TUBE EDTA VACUTAINER ET ENREGISTRER LE RÉSULTAT DE PRÉLÈVEMENT À QUESTION 130.</b>								

130	SANG DES VEINES PRÉLEVÉ POUR LE TEST RPR.	1 PRÉLEVÉ ↓ PASSER À 132	2 PAS PRÉLEVÉ/ PROBLÈME DE PRÉLÈVEMENT (PRÉCISER) ↓	1 PRÉLEVÉ ↓ PASSER À 132	2 PAS PRÉLEVÉ/ PROBLÈME DE PRÉLÈVEMENT (PRÉCISER) ↓	1 PRÉLEVÉ ↓ PASSER À 132	2 PAS PRÉLEVÉ/ PROBLÈME DE PRÉLÈVEMENT (PRÉCISER) ↓	1 PRÉLEVÉ ↓ PASSER À 132	2 PAS PRÉLEVÉ/ PROBLÈME DE PRÉLÈVEMENT (PRÉCISER) ↓
131			RETOURNER À 102 POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT. SI PLUS D'ENQUÊTÉ, CONTINUER À 132		RETOURNER À 102 POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT. SI PLUS D'ENQUÊTÉ, CONTINUER À 132		RETOURNER À 102 POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT. SI PLUS D'ENQUÊTÉ, CONTINUER À 132		RETOURNER À 102 POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT. SI PLUS D'ENQUÊTÉ, CONTINUER À 132

ENREGISTRER LE N <sup>o</sup> DE LIGNE.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	(1)	(2)	(3)	(4)

132 VÉRIFIER À 102-104 SI L'ENQUÊTÉ SUIVANT DANS LE MÉNAGE EST DISPONIBLE POUR LE TEST DE SANG POUR L'ANÉMIE ET LA SYPHILIS. S'IL N'Y A PLUS D'ENQUÊTÉ DISPONIBLE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE TRANSPORT DES TUBES VACUAINERS CONTENANT DU SANG AU TECHNICIEN DE LABORATOIRE DE VOTRE ÉQUIPE. LE TECHNICIEN DE LABORATOIRE EFFECTUE LE TEST RPR ET PRÉLÈVE UNE PARTIE DU PLASMA DANS LE TUBE CRYOGENIC QUI AVAIT ÉTÉ ÉTIQUETÉ POUR L'ENQUÊTÉ. CE PLASMA FERA L'OBJET D'UN AUTRE TEST DE CONFIRMATION AU LABORATOIRE CENTRAL INSTITUT PASTEUR. SUR LE TERRAIN, LE TECHNICIEN DE LABORATOIRE ENREGISTRE TOUS LES RÉSULTATS DE TEST RPR SUR LA FICHE DE RÉSULTAT DE TEST RPR DE L'ENQUÊTÉ. VOUS UTILISEREZ CETTE FICHE DE RÉSULTAT DE TEST RPR POUR TRANSFÉRER LE RÉSULTAT DU TEST RPR DE L'ENQUÊTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE DES PRÉLÈVEMENTS DE SANG DU MÉNAGE AUX QUESTIONS 133-134.

### RÉSULTAT DU TEST RPR

133 TRANSFÉRER LE RÉSULTAT DU TEST RPR DE LA FICHE DE RÉSULTAT DE L'ENQUÊTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE DES PRÉLÈVEMENTS DE SANG DU MÉNAGE. VÉRIFIER LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE CODES À BARRES À LA QUESTION 123 CONTRE LE CODES À BARRES DE L'ÉTIQUETTE COLLÉE SUR LA FICHE DE RÉSULTAT DE L'ENQUÊTÉ POUR RASSURER QUE L'ENQUÊTÉ EST BIEN LA PERSONNE EN QUESTION. INFORMER CHAQUE ENQUÊTÉ, QUI A DONNÉ SON SANG, DU RÉSULTAT DE SON RPR TEST DE SANG. ENREGISTRER À QUESTION 135 SI LE RÉSULTAT A ÉTÉ OU NON DONNÉ À L'ENQUÊTÉ. SI LE RÉSULTAT N'A PAS ÉTÉ DONNÉ, DONNER ÉGALEMENT LA RAISON À QUESTION 135.

134	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TEST RPR.	1 RPR RÉACTIF	2 RPR PAS RÉACTIF	1 RPR RÉACTIF	2 RPR PAS RÉACTIF	1 RPR RÉACTIF	2 RPR PAS RÉACTIF	1 RPR RÉACTIF	2 RPR PAS RÉACTIF
135	INFORMER L'ENQUÊTÉ DU RÉSULTAT DU TEST RPR.	OUI.....1 NON, ABSENT.....2 NON, AUTRE .....3 (PRÉCISER)							

### TRAITEMENT ET SUIVI DE LA SYPHILIS

136 VÉRIFIER 134 ET ENREGISTRER DE NOUVEAU LE RÉSULTAT DU TEST RPR À QUESTION 137. ENSUITE, POUR LES ENQUÊTÉS DON'T LE RÉSULTAT DU TEST EST RÉACTIF, C'EST-À-DIRE POSITIF, OFFRIR LE TRAITEMENT ET LE SUIVI.

137	ENREGISTRER À NOUVEAU LE RÉSULTAT DU TEST RPR À PARTIR DE 134.	1 RPR RÉACTIF ↓ PASSER 139	2 RPR PAS RÉACTIF ↓	1 RPR RÉACTIF ↓ PASSER 139	2 RPR PAS RÉACTIF ↓	1 RPR RÉACTIF ↓ PASSER 139	2 RPR PAS RÉACTIF ↓	1 RPR RÉACTIF ↓ PASSER 139	2 RPR PAS RÉACTIF ↓
138			RETOURNER À 133 POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT. SI PLUS D'ENQUÊTÉ, CONTINUER À 139		RETOURNER À 133 POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT. SI PLUS D'ENQUÊTÉ, CONTINUER À 139		RETOURNER À 133 POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT. SI PLUS D'ENQUÊTÉ, CONTINUER À 139		RETOURNER À 133 POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT. SI PLUS D'ENQUÊTÉ, CONTINUER À 139

139 Le résultat de votre test RPR est positif. Ce résultat montre que vous avez la syphilis, qui pourrait vous causer de sérieux problèmes de santé si elle n'est pas traitée. Le résultat peut être une injection à la pénicilline ou des comprimés d'antibiotiques. Nous pouvons vous donner immédiatement ici chez vous, un traitement. Toutefois, si vous le désirez, nous pouvons vous donner le traitement dans un autre lieu à votre convenance dans cette localité, ou vous donner une lettre de référence pour vous faire traiter dans un centre de santé le plus proche. La décision d'accepter de vous faire traiter par nous ou d'accepter une lettre de référence vous appartient. Voudriez-vous recevoir le traitement maintenant? Si la réponse est NON: Voudriez-vous me rencontrer dans un autre lieu qu'ici pour recevoir le traitement ou préféreriez-vous vous rendre dans un centre de santé pour recevoir le traitement?

ENREGISTRER LA RÉPONSE À QUESTION 139A. SIGNER POUR INDIQUER QUE VOUS AVEZ DONNÉ LE TRAITEMENT. SI L'ENQUÊTÉ ACCEPTE UN TRAITEMENT IMMÉDIAT, PROCÉDER D'ABORD À POSER LES QUESTIONS D'INVESTIGATION POUR LE TRAITEMENT AVANT DE DONNER TOUT TRAITEMENT D'ANTIBIOTIQUE. SI L'ENQUÊTÉ VEUT SE FAIRE TRAITER QUELQUE PART D'AUTRE, DISCUTER LE LIEU ET DU MOMENT OÙ VOUS POURREZ LE RENCONTRER. SI VOUS DEVEZ LE RENCONTRER À UN AUTRE LIEU, VOUS DEVEZ COMPLÉTER LES QUESTIONS D'INVESTIGATION POUR LE TRAITEMENT AVANT D'ADMINISTRER TOUT TRAITEMENT. SI L'ENQUÊTÉ VEUT UNE LETTRE DE RÉFÉRENCE, PRÉPARE LA LETTRE DE RÉFÉRENCE ET LA DONNER À L'ENQUÊTÉ.

139A	CONSENTEMENT POUR LE TRAITEMENT / SUIVI CHEZ L'ENQUÊTÉ À LA MAISON	OUI, À LA MAISON MAINTENANT SIGNER.....1 OUI, MAIS PRÉFÈRE UN AUTRE LIEU... 2	OUI, À LA MAISON MAINTENANT SIGNER.....1 OUI, MAIS PRÉFÈRE UN AUTRE LIEU... 2	OUI, À LA MAISON MAINTENANT SIGNER.....1 OUI, MAIS PRÉFÈRE UN AUTRE LIEU... 2	OUI, À LA MAISON MAINTENANT SIGNER.....1 OUI, MAIS PRÉFÈRE UN AUTRE LIEU... 2
------	--	---	---	---	---

ENREGISTRER LE N <sup>o</sup> DE LIGNE.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		(1)	(2)	(3)	(4)
		OUI, MAIS PRÉFÈRE LETTRE DE RÉFÉRENCE.....3 →153 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/LETTRÉ DE RÉFÉRENCE.....4 →153	OUI, MAIS PRÉFÈRE LETTRE DE RÉFÉRENCE.....3 →153 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/LETTRÉ DE RÉFÉRENCE.....4 →153	OUI, MAIS PRÉFÈRE LETTRE DE RÉFÉRENCE.....3 →153 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/LETTRÉ DE RÉFÉRENCE.....4 →153	OUI, MAIS PRÉFÈRE LETTRE DE RÉFÉRENCE.....3 →153 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/LETTRÉ DE RÉFÉRENCE.....4 →153
140	<b>CONSEILLER L'ENQUÊTÉ QU'IL Y'A POSSIBILITÉ DE RÉACTIONS À LA PÉNICILLINE ET POSER DES QUESTIONS D'INVESTIGATION SUR D'ÉVENTUELLES RÉACTIONS ANTÉRIEURES SURVÉNUES SUITE À UNE INJECTION À LA PÉNICILLINE.</b> Pour la plupart des gens, le traitement est une injection à la pénicilline. Dans de rares cas, une personne peut être allergique à l'injection à la pénicilline, c'est-à-dire présenter des démangeaisons rougeâtres cutanées, gonflement des lèvres, de la bouche ou du visage. Il peut arriver également, mais très rarement que la personne peut avoir le souffle court ou même perdre connaissance. Si vous n'avez jamais été eu aucune de ces réactions, il est très peu probable que vous l'avez aujourd'hui. Toutefois, juste pour me rassurer, je vai vous poser un certain nombre de questions sur vos expériences passées avec la pénicilline avant que je vous donne le traitement. En plus, je vous informe que je resterais dans les environs près de chez vous pendant deux heures après l'injection et vous pouvez me contacter immédiatement ou contacter n'importe qui dans notre équipe travaillant dans votre localité pour toute réaction allergique qui se manifeste à la suite de votre injection avec la pénicilline.				
141	À votre connaissance, avez-vous déjà reçu une injection de la pénicilline?	OUI..... 1 NON/PAS SÛR ..... 2→143			
142	Avez-vous eu des réactions à la suite de ces injections de la pénicilline?	OUI..... 1→147 NON/PAS SÛR ..... 2			
143	Avez-vous déjà reçu n'importe quelle autre injection?	OUI..... 1 NON/PAS SÛR ..... 2→145			
144	Avez-vous eu des réaction à ces autres injections?	OUI..... 1→147 NON/PAS SÛR ..... 2	OUI..... 1→147 NON/PAS SÛR .....2	OUI..... 1→147 NON/PAS SÛR ..... 2	OUI..... 1→147 NON/PAS SÛR ..... 2
145	<b>DEMANDER LE CONSENTEMENT POUR L'INJECTION DE LA PÉNICILLINE.</b> Je voudrais vous faire une injection de la pénicilline. Vous aurez besoin d'une seule injection. Toutefois,, si vous le voulez, je peux vous donner des comprimés d'antibiotiques ou une lettre pour vous référer au centre de santé le plus proche où vous pourrez obtenir des traitements.				
145A	Pus-je vous faire l'injection de la pénicilline maintenant?	OUI .....1 SIGNER NON, PRÉFÈRE DES COMPRIMÉS.....2 →147 NON, PRÉFÈRE LA LETTRE DE RÉFÉRENCE.....3 →153 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ NI SUIVI.....4 →153	OUI .....1 SIGNER NON, PRÉFÈRE DES COMPRIMÉS.....2 →147 NON, PRÉFÈRE LA LETTRE DE RÉFÉRENCE.....3 →153 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ NI SUIVI.....4 →153	OUI .....1 SIGNER NON, PRÉFÈRE DES COMPRIMÉS.....2 →147 NON, PRÉFÈRE LA LETTRE DE RÉFÉRENCE.....3 →153 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ NI SUIVI.....4 →153	OUI .....1 SIGNER NON, PRÉFÈRE DES COMPRIMÉS.....2 →147 NON, PRÉFÈRE LA LETTRE DE RÉFÉRENCE.....3 →153 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ NI SUIVI.....4 →153
146	<b>FAIRE L'INJECTION DE LA PÉNICILLINE.</b> Il est très rare que vous ayez une réaction à la pénicilline. cependant, si vous ressentez certaine des symptômes d'une réaction à la pénicilline, qui sont démangeaisons rougeâtres de la peau, gonflement du visage, de la bouche, de la langue ou des difficultés de respirer, vous devez immédiatement me contacter ou contacter n'importe quel membre de notre équipe travaillant dans votre localité, ou aussi vous pouvez vous rendre immédiatement dans un centre de santé.				→ 153
147	<b>DEMANDER CONSENTEMENT POUR LES COMPRIMÉS D'ANTIBIOTIQUES.</b> Dès l'instant qu'il est possible que vous aurez une réaction à l'injection de la pénicilline, je voudrais vous donner des comprimés d'antibiotiques, si vous l'acceptez. Mais si cela aussi ne vous convient pas, je peux vous donner une lettre pour vous référer au centre de santé le plus proche pour recevoir un traitement.				
147A	Pus-je avoir votre consentement pour vous donner des comprimés d'antibiotiques?	OUI .....1 SIGNER NON, PRÉFÈRE LA LETTRE DE RÉFÉRENCE.....2 →153 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ NI SUIVI .....3 →153	OUI .....1 SIGNER NON, PRÉFÈRE LA LETTRE DE RÉFÉRENCE.....2 →153 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ NI SUIVI .....3 →153	OUI .....1 SIGNER NON, PRÉFÈRE LA LETTRE DE RÉFÉRENCE.....2 →153 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ NI SUIVI .....3 →153	OUI .....1 SIGNER NON, PRÉFÈRE LA LETTRE DE RÉFÉRENCE.....2 →153 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ NI SUIVI .....3 →153
148	SEXE	HOMME.....1 → 150 FEMME..... 2	HOMME.....1 → 150 FEMME.....2	HOMME.....1 → 150 FEMME..... 2	HOMME.....1 → 150 FEMME..... 2

149	Êtes-vous enceinte en ce moment?  [ENREGISTRER RÉPONSE À PARTIR DE LA Q. 226 DU QUESTIONNAIRE FEMME]	OUI.....1 →151 NON..... 2	OUI.....1 →151 NON..... 2	OUI.....1 →151 NON..... 2	OUI.....1 →151 NON..... 2
150	<b>DONNER LES COMPRIMÉS DE DOXYCYCLINE ET MONTRER COMMENT LE PRENDRE.</b>				→ 152
151	<b>DONNER LES COMPRIMÉS D'ERYTHROMYCINE ET MONTRER COMMENT LE PRENDRE.</b>				
152	Il est possible que vous faites de la fièvre accompagnée de maux de tête et de douleurs musculaires au cours des premières 24 heures après le traitement. Ceci est une réponse normale au traitement. Si vous le voulez, vous pouvez prendre de l'aspirine ou du panadole au cas où vous aurez ces symptômes.				

ENREGISTRER LE N <sup>o</sup> DE LIGNE.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	(1)	(2)	(3)	(4)	
153	Il est possible que cette infection vous ait été transmise par un ou des partenaires sexuels. Par conséquent, il est très important de traiter votre partenaire aujourd'hui, s'il/elle est disponible et n'est pas membre du ménage ou d'un autre ménage de l'enquête.  <b>POUR CES PARTENAIRES NON MEMBRES DES MÉNAGES DE L'EDS, LE TRAITEMENT SERA BASÉ SUR LA SEULE PRÉSUMPTION D'INFECTION, LAQUELLE N'A PAS BESOIN D'AUTRE TEST DE DIAGNOSTIQUE DU MOMENT OÙ L'UN DES PARTENAIRES SEXUELS A DÉJÀ ÉTÉ TESTÉ POSITIF POUR LA SYPHILIS. AUSSI, L'INFORMATION SUR LE TRAITEMENT NE SERA PAS ENREGISTRÉE DANS LE QUESTIONNAIRE. SI LE PARTENAIRE N'EST PAS DISPONIBLE OU SI L'ENQUÊTÉ NE VEUT QUE VOUS CONTACTEZ LE PARTENAIRE, ALORS OFFREZ UNE LETTRE POUR RÉFÉRER LE PARTENAIRE AU CENTRE DE SANTÉ LE PLUS PROCHE POUR TRAITEMENT.</b>				
154	ACCORD POUR TRAITER LE PARTENAIRE.	OUI.....1→156 NON..... 2	OUI.....1→156 NON..... 2	OUI.....1→156 NON..... 2	OUI.....1→156 NON..... 2
155	Pus-je vous donner une lettre pour référer votre partenaire au centre de santé le plus proche?	OUI.....1 NON..... 2	OUI.....1 NON..... 2	OUI.....1 NON..... 2	OUI.....1 NON..... 2
156		RETOURNER À 139 POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT DU MÉNAGE AYANT BESOIN DE TRAITEMENT OU SUIVI. OU VÉRIFIER À 127 POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT POUR LE TEST DE SANG. SI PAS D'ENQUÊTÉ, CONTINUER À 157.	RETOURNER À 139 POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT DU MÉNAGE AYANT BESOIN DE TRAITEMENT OU SUIVI. OU VÉRIFIER À 127 POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT POUR LE TEST DE SANG. SI PAS D'ENQUÊTÉ, CONTINUER À 157.	RETOURNER À 139 POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT DU MÉNAGE AYANT BESOIN DE TRAITEMENT OU SUIVI. OU VÉRIFIER À 127 POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT POUR LE TEST DE SANG. SI PAS D'ENQUÊTÉ, CONTINUER À 157.	RETOURNER À 139 POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT DU MÉNAGE AYANT BESOIN DE TRAITEMENT OU SUIVI. OU VÉRIFIER À 127 POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT POUR LE TEST DE SANG. SI PAS D'ENQUÊTÉ, CONTINUER À 157.

#### TRAITEMENT DU PARTENAIRE SEXUEL ET RÉSULTAT

157	<b>VÉRIFIER À 154 SI L'ENQUÊTÉ A ACCEPTÉ QUE VOUS TRAITER SON PARTENAIRE (CODE 1 ENCERCLE). SI PARTENAIRE EST DISPONIBLE ET VEUT ÊTRE TRAITÉ, AVANT DE PASSER AU TRAITEMENT, VÉRIFIER AVEC LE PARTENAIRE SUR LA POSSIBILITÉ D'ALLERGIE À LA PÉNICILLINE EN COMPLÉTANT LES QUESTIONS 139-153 POUR LE PARTENAIRES DE FAÇON APPROPRIÉE.  S'IL N'Y A PAS DE PARTENAIRES, PASSER À 161.</b>				
158		<b>TRAITER LE PARTENAIRE SELON LE PROTOCOLE AUX QUESTIONS 139-153.</b>	<b>TRAITER LE PARTENAIRE SELON LE PROTOCOLE AUX QUESTIONS 139-153.</b>	<b>TRAITER LE PARTENAIRE SELON LE PROTOCOLE AUX QUESTIONS 139-153.</b>	<b>TRAITER LE PARTENAIRE SELON LE PROTOCOLE AUX QUESTIONS 139-153.</b>
159	Est-ce que le partenaire a reçu le traitement?	OUI.....1→161 NON..... 2	OUI.....1→161 NON..... 2	OUI.....1→161 NON..... 2	OUI.....1→161 NON..... 2
160	RAISON, POURQUOI LE TRAITEMENT N'A PAS ÉTÉ DONNÉ AU PARTENAIRE?	PARTENAIRE A REFUSÉ TRAITEMENT, MAIS ACCEPTÉ LETTRE DE RÉFÉRENCE ..... 1  PARTENAIRE A REFUSÉ TRAITEMENT ET LETTRE DE RÉFÉRENCE ..... 2  PARTENAIRE ABSENT ..... 3	PARTENAIRE A REFUSÉ TRAITEMENT, MAIS ACCEPTÉ LETTRE DE RÉFÉRENCE ..... 1  PARTENAIRE A REFUSÉ TRAITEMENT ET LETTRE DE RÉFÉRENCE ..... 2  PARTENAIRE ABSENT ..... 3	PARTENAIRE A REFUSÉ TRAITEMENT, MAIS ACCEPTÉ LETTRE DE RÉFÉRENCE ..... 1  PARTENAIRE A REFUSÉ TRAITEMENT ET LETTRE DE RÉFÉRENCE ..... 2  PARTENAIRE ABSENT ..... 3	PARTENAIRE A REFUSÉ TRAITEMENT, MAIS ACCEPTÉ LETTRE DE RÉFÉRENCE ..... 1  PARTENAIRE A REFUSÉ TRAITEMENT ET LETTRE DE RÉFÉRENCE ..... 2  PARTENAIRE ABSENT ..... 3

#### SOMMAIRE DES RÉSULTATS DES TESTS DES ENQUÊTÉS DE L'EDSMD-2003

161	APRÈS AVOIR EFFECTUÉ TOUTES LES VISITES DE RAPPEL DANS LE MÉNAGE, VÉRIFIER ET ENREGISTRER LE RÉSULTAT FINAL DE PRÉLÈVEMENT DE SANG POUR LE TEST D'ANÉMIE ET LE TEST DE LA SYPHILIS POUR CHAQUE ENQUÊTÉ.
-----	---

161A	<b>CODE RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE</b> 1 MÉSURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE _____	<input type="checkbox"/> _____ (PRÉCISER)	<input type="checkbox"/> _____ (PRÉCISER)	<input type="checkbox"/> _____ (PRÉCISER)	<input type="checkbox"/> _____ (PRÉCISER)
161B	<b>CODE RÉSULTAT POUR LE TEST DE SYPHILIS PAR LA MÉTHODE ABBOTT</b> 1 TESTÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE _____	<input type="checkbox"/> _____ (PRÉCISER)	<input type="checkbox"/> _____ (PRÉCISER)	<input type="checkbox"/> _____ (PRÉCISER)	<input type="checkbox"/> _____ (PRÉCISER)
161C	<b>CODE RÉSULTAT POUR LE TEST DE SYPHILIS PAR LA MÉTHODE RPR</b> 1 TESTÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE _____	<input type="checkbox"/> _____ (PRÉCISER)	<input type="checkbox"/> _____ (PRÉCISER)	<input type="checkbox"/> _____ (PRÉCISER)	<input type="checkbox"/> _____ (PRÉCISER)
162	APRÈS AVOIR EFFECTUÉ TOUTES LES VISITES DE RAPPEL DANS LES MÉNAGES, ENREGISTRER LE NOMBRE TOTAL D'ENQUÊTÉS POUR QUI LES TESTS D'ANÉMIE ONT ÉTÉ COMPLÉTÉS (C'EST-À-DIRE, CODE 1 MARQUÉ AUX QUESTIONS 12A ET 161A)				ANÉMIE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
162A	APRÈS AVOIR EFFECTUÉ TOUTES LES VISITES DE RAPPEL DANS LES MÉNAGES, ENREGISTRER LE NOMBRE TOTAL D'ENQUÊTÉS POUR QUI LES TESTS SYPHILIS ABBOTT UTILISANT LE SANG CAPILLAIRE DU DOIGT ONT ÉTÉ COMPLÉTÉS (C'EST-À-DIRE, CODE 1 MARQUÉ À QUESTION 161B)				SYPHILIS ABBOTT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
162B	APRÈS AVOIR EFFECTUÉ TOUTES LES VISITES DE RAPPEL DANS LES MÉNAGES, ENREGISTRER LE NOMBRE TOTAL D'ENQUÊTÉS POUR QUI LES TESTS SYPHILIS RPR SYPHILIS UTILISANT LE SANG DES VEINES ONT ÉTÉ COMPLÉTÉS (C'EST-À-DIRE, CODE 1 MARQUÉ À QUESTION 161C)				SYPHILIS RPR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
163	<b>FIN DU TEST D'ANÉMIE ET DE SYPHILIS DANS LE MÉNAGE.</b>				

**TEST D'ANÉMIE ET DE SYPHILIS**

**OBSERVATIONS DE L'INFIRMIÈRE/TECHNICIEN DE LABORATOIRE**

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

NOM DE L'INFIRMIÈRE : \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

**OBSERVATIONS DU TECHNICIEN DE LABORATOIRE**

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ LA VERIFICATION DU QUESTIONNAIRE

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

NOM DU TECHNICIEN DE LABORATOIRE : \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

**OBSERVATIONS DE LA CONTROLEUSE**

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ LA VERIFICATION DU QUESTIONNAIRE

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

NOM DE LA CONTRÔLEUSE : \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

## TEST DE TÉTANOS ET DE ROUGEOLE POUR LES ENFANTS 0-5 ANS

**AVANT DE PROCÉDER AU TEST DE TÉTANOS ET DE LA ROUGEOLE POUR UN ENFANT, VOUS DEVEZ D'ABORD OBTENIR LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU PARENT/ADULTE RESPONSIBLE DE L'ENFANT.**

Dans cette enquête, nous voulons connaître le niveau de la protection vaccinale des enfants contre les infections de tétanos et de rougeole. Le tétanos et la rougeole sont des maladies très fréquentes chez les enfants à Madagascar. Elles sont dues au manque de vaccination adéquate des enfants et des mères au moment de la grossesse. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes de vaccination adéquate pour prévenir ces infections chez les enfants de Madagascar.

Nous voudrions tous vos enfants de 0-5 ans participent au test de tétanos et de rougeole en donnant quelques gouttes de sang du doigt, ou du talon quand l'enfant est âgé de moins de 6 mois. Pour ce test, on utilise des instruments stérilisés et non-réutilisables qui sont propres et sans risque. Le sang sera analysé dans un laboratoire central et vos résultats ne pourront pas vous être communiqués. Les résultats sont confidentiels et nous ne serons pas en mesure de vous communiquer vos résultats.

Avez-vous des questions?

Nous voudrions que [NOM DE L'ENFANT] participe au test de tétanos et de rougeole. Vous pouvez accepter ou refuser. C'est à vous de décider.

Maintenant, est-ce que vous acceptez que [NOM DE L'ENFANT] participe au test ?

**ENREGISTRER.SI LE PARENT (OU AUTRE ADULTE) DANS LE MÉNAGE ACCEPTE, ENCERCLER '1' ET SIGNER AUX QUESTIONS 206 ET 207. SI LE PARENT (OU AUTRE ADULTE) DU MÉNAGE RÉFUSE, ENCERCLER '2', ENSUITE PASSER À LA QUESTION 211 ET ENREGISTRER LE RÉSULTAT FINAL '3' (RÉFUSER).**

**POUR CHAQUE ENFANT, QUI SERA TESTÉ, ENREGISTRER LE CODE RÉSULTAT À LA QUESTION 211-211B.**

ENREGISTRER LE N° DE LIGNE.		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		(1)	(2)	(3)	(4)
N°.	QUESTIONS/ INSTRUCTIONS	<b>TEST DU TÉTANOS ET DE LA ROUGEOLE CHEZ LES ENFANTS 0-5 ANS</b>			
201	<p><b>VÉRIFIER EN COLONNE 9 DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE. DANS LES QUESTIONS 202, 203, 204 ET 205 CI-DESSOUS, ENREGISTRER LE(S) NOM(S), LE SEXE, L'ÂGE ET LE NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT (OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE) POUR TOUS LES ENFANTS 0-5 ANS. LISTER TOUS LES ENFANTS DANS L'ORDRE DANS LEQUEL ILS APPARAISSENT DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE. LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR LE TEST DE TÉTANOS ET DE ROUGEOLE POUR LES ENFANTS EST LOCALISÉ À LA PAGE OPPOSÉE À CELLE-CI.</b></p> <p><b>POUR LA QUESTION 205, IDENTIFIER LE PARENT OU L'ADULTE RESPONSABLE DE(S) ENFANT(S), À QUI VOUS DEMANDEREZ LE CONSENTEMENT POUR QUE L'ENFANT PARTICIPE AU TEST. ENREGISTRER LE(S) NUMÉRO(S) DE LIGNE À PARTIR DES COLONNES 8 OU 8A DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE OU ENREGISTRER '00' SI LE PARENT OU L'ADULTE DÉSIGNÉ N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE.</b></p>				
202	ENREGISTRER LE NOM, SEXE ET ÂGE DE TOUS LES ENFANTS 0-5 ANS.	NOM _____	NOM _____	NOM _____	NOM _____
203	INSCRIRE LE NOMBRE TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES SUR LA PAGE COUVERTURE DE CE QUESTIONNAIR.	Masculin..... 1 Féminin..... 2	Masculin..... 1 Féminin..... 2	Masculin..... 1 Féminin..... 2	Masculin..... 1 Féminin..... 2
204		Âge <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
205	N° DE LIGNE DU PARENT/ADULTE OU MARQUER '00' S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUEST. MÉNAGE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
206	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU CONSENTE-MENT DU PARENT/ AUTRE ADULT POUR LE TEST DE TÉTANOS	1 A ACCEPTÉ SIGNER _____	2 REFUSÉ SIGNER _____	1 A ACCEPTÉ SIGNER _____	2 REFUSÉ SIGNER _____
207	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU CONSENTE-MENT DU PARENT/ AUTRE ADULT POUR LE TEST DE ROUGEOLE	1 A ACCEPTÉ SIGNER _____	2 REFUSÉ SIGNER _____	1 A ACCEPTÉ SIGNER _____	2 REFUSÉ SIGNER _____
208	VÉRIFIER Q 206 ET 207	1 PARENT/ AUTRE ADULTE A ACCEPTÉ L'UN OU LES DEUX TESTS ↓	2 A REFUSÉ LES DEUX TESTS → 211	1 PARENT/ AUTRE ADULTE A ACCEPTÉ L'UN OU LES DEUX TESTS ↓	2 A REFUSÉ LES DEUX TESTS → 211
209	SI A ACCEPTÉ L'UN OU LES DEUX TESTS COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES À BARRES D'UNE RANGÉE.	COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES À BARRES D'UNE RANGÉE ICI	COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES À BARRES D'UNE RANGÉE ICI	COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES À BARRES D'UNE RANGÉE ICI	COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES À BARRES D'UNE RANGÉE ICI
210	<p><b>PRÉPARER LE MATERIELS NÉCESSAIRES POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT DES GOUTTES DE SANG POUR LE TEST DE TÉTANOS ET DE LA ROUGEOLE.</b></p> <p><b>COLLER LA DEUXIÈME ÉTIQUETTE CODES À BARRES DE LA MÊME RANGÉE SUR LE PAPIER FILTRE QUE VOUS ALLEZ UTILISER POUR LE TÉTANOS POUR L'ENFANT, ET LA TROISIÈME ÉTIQUETTE SUR LE PAPIER FILTRE QUE VOUS ALLEZ UTILISER POUR LA ROUGEOLE POUR L'ENFANT. ENSUITE VOUS COLLEZ LA QUATRIÈME ÉTIQUETTE CODES À BARRES SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS POUR LE TÉTANOS ET LA CINQUIÈME ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS POUR LA ROUGEOLE.</b></p>				
<b>SOMMAIRE DES RÉSULTATS DES TESTS DE TÉTANOS ET DE ROUGEOLE POUR LES ENFANTS DANS L'EDSMD-2003</b>					
211	ENREGISTRER LE RÉSULTAT FINAL À QUESTION 211A ET 211B. APRÈS AVOIR EFFECTUÉ TOUTES LES VISITES DE RAPPEL DANS LE MÉNAGE, VÉRIFIER ET ENREGISTRER LE RÉSULTAT FINAL DE PRÉLÈVEMENT DE SANG POUR LES TESTS DE TÉTANOS ET DE ROUGEOLE POUR CHAQUE ENFANT.				
211A	CODE RÉSULTAT DU TEST DE TÉTANOS  1 MÉSURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE _____	<input type="checkbox"/>  _____ (PRÉCISER)	<input type="checkbox"/>  _____ (PRÉCISER)	<input type="checkbox"/>  _____ (PRÉCISER)	<input type="checkbox"/>  _____ (PRÉCISER)

211B	<b>CODE RÉSULTAT DU TEST DE ROUGEOLE</b> 1 MÉSURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE _____	<div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>  <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/>         (PRÉCISER)       </div>	<div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>  <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/>         (PRÉCISER)       </div>	<div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>  <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/>         (PRÉCISER)       </div>	<div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>  <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/>         (PRÉCISER)       </div>
212		RETOURNER À 202 POUR L'ENFANT SUIVANT. SI PLUS D'ENFANT, CONTINUER À 213.	RETOURNER À 202 POUR L'ENFANT SUIVANT. SI PLUS D'ENFANT, CONTINUER À 213.	RETOURNER À 202 POUR L'ENFANT SUIVANT. SI PLUS D'ENFANT, CONTINUER À 213.	RETOURNER À 202 POUR L'ENFANT SUIVANT. SI PLUS D'ENFANT, CONTINUER À 213.
213	APRÈS AVOIR EFFECTUÉ TOUTES LES VISITES DE RAPPEL DANS LES MÉNAGES, ENREGISTRER LE NOMBRE TOTAL D'ENFANTS POUR LESQUELS LE TEST DE TÉTANOS A ÉTÉ COMPLÉTÉ (C'EST-À-DIRE, CODE 1 ENREGISTRÉ À Q. 211A)				TÉTANOS <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>
214	APRÈS AVOIR EFFECTUÉ TOUTES LES VISITES DE RAPPEL DANS LES MÉNAGES, ENREGISTRER LE NOMBRE TOTAL D'ENFANTS POUR LESQUELS LE TEST DE ROUGEOLE A ÉTÉ COMPLÉTÉ (C'EST-À-DIRE, CODE 1 ENREGISTRÉ À Q. 211B)				ROUGEOLE <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>

## TEST DE TÉTANOS POUR LES FEMMES

### Consentement Éclairé

Comme part de cette enquête, nous voulons connaître le niveau de la protection vaccinale des femmes contre l'infection de tétanos. Le tétanos est un problème sérieux de santé, qui résulte d'un manque de vaccination adéquate des mères pendant la grossesse. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes de vaccination adéquate pour prévenir ces infections chez les femmes et les enfants de Madagascar.

Nous voudrions que vous participiez à ce test de tétanos en donnant quelques gouttes de sang du doigt. Pour ce test on utilise des instruments neufs, stérilisés et non-réutilisables qui sont propres et sans risque. Le sang sera analysé dans un laboratoire central et vos résultats ne pourront pas vous être communiqués. Les résultats sont confidentiels.

Avez-vous des questions?

Nous voudrions que vous participiez à ce test de tétanos. Vous pouvez accepter ou de refuser. C'est à vous de décider.

#### **DEMANDER LE CONSENTEMENT DU PARENT OU L'ADULTE RESPONSABLE DU JEUNE DE 15-17 ANS:**

Maintenant, est-ce que vous acceptiez que [JEUNE DE 15-17 ANS] participe au test de tétanos?  
ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ À Q.306 ET SIGNER.

#### **DEMANDER LE CONSENTEMENT À L'ENQUÊTÉ DE 18 ANS OU PLUS ET AU JEUNE DE 15-17 ANS DONT LE PARENT/ADULTE RESPONSABLE A CONSENTIT :**

Maintenant, est-ce que vous acceptiez de participer au test de tétanos?  
ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ À Q. 307 ET SIGNER.

ENREGISTRER LE N° DE LIGNE.		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		(1)	(2)	(3)	(4)
N°.	QUESTIONS/ INSTRUCTIONS	<b>TEST DE TÉTANOS POUR LES FEMMES</b>			
301	<p>VÉRIFIER LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE ET IDENTIFIER TOUTES LES FEMMES DE 15-49 QUI SONT RÉSIDENTS OU ÉTAIENT VISITEURS DANS LE MÉNAGE LA NUIT PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE.</p> <p>ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LA VISITE À LAQUELLE L'ENQUÊTÉE ÉRAIT PRÉSENTE À LA QUESTION 304 CI-DESSOUS.</p> <p>AVANT DE CONDUIRE LE TEST DE TÉTANOS, VOUS DEVEZ OBTENIR LE CONSENTEMENT DE CHAQUE ENQUÊTÉE DANS LE CAS D'UNE ENQUÊTÉE ÂGÉE DE 15-17, VOUS DEVEZ D'ABORD OBTENIR LE CONSENTEMENT DU PARENT OU D'UN AUTRE ADULTE RESPONSABLE DANS LE MÉNAGE. LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR LE TEST DE TÉTANOS POUR LES FEMMES EST LOCALISÉ À LA PAGE OPPOSÉE À CELLE-CI, ET LES RÉSULTATS SONT ENREGISTRÉS AUX QUESTIONS 306 ET 307 CI-DESSOUS.</p>				
302	ENREGISTRER LE NOM ET L'ÂGE DE TOUTES LES FEMMES POUR LE TEST DE TÉTANOS.	NOM _____	NOM _____	NOM _____	NOM _____
303	INSCRIRE LE NOMBRE DE FEMMES ÉLIGIBLES SUR LA PAGE COUVERTURE DE CE QUESTIONNAIR.	Âge <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
304	ENCERCLER LE N° DE VISITE À LA QUELLE L'ENQUÊTÉE ÉTAIT PRÉSENTE POUR LE TEST	VISITE 1 <sup>ère</sup> 2 <sup>ème</sup> 3 <sup>ème</sup>	OUI 1 2	NON 2 1	VISITE 1 <sup>ère</sup> 2 <sup>ème</sup> 3 <sup>ème</sup>
<b>CONSENTEMENT POUR LE TEST DE TÉTANOS POUR LES FEMMES</b>					
305	VÉRIFIER ÂGE À Q. 303	1 15-17 ↓	2 18 OU PLUS→307	1 15-17 ↓	2 18 OU PLUS→307
306	ENREGISTRER LE CONSENTEMENT DU PARENT OU AUTRE ADULTE POUR LE TEST DE TÉTANOS	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER _____	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER _____ PASSER À→ 310	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER _____	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER _____ PASSER À→ 310
307	ENREGISTRER LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE POUR LE TEST DE TÉTANOS	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER _____	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER _____ PASSER À→ 310	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER _____	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER _____ PASSER À→ 310
308	VÉRIFIER 307 SI A ACCEPTÉ LE TEST DE TÉTANOS, COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES À BARRES D'UNE RANGÉE.	COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES À BARRES D'UNE RANGÉE ICI	COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES À BARRES D'UNE RANGÉE ICI	COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES À BARRES D'UNE RANGÉE ICI	COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES À BARRES D'UNE RANGÉE ICI
309	PRÉPARER LES MATÉRIELS NÉCESSAIRES POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT DES GOUTTES DE SANG POUR LE TEST DE TÉTANOS. COLLER LA DEUXIÈME ÉTIQUETTE CODES À BARRES DE LA MÊME RANGÉE SUR LE PAPIER FILTRE SUR LAQUELLE VOUS ALLEZ EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT DE GOUTTES DE SANG POUR L'ENQUÊTÉ. ENSUITE VOUS COLLEZ LA TROISIÈME ÉTIQUETTE CODES À BARRES SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS SUR PAPIER FILTRES POUR LE TÉTANOS.				
<b>SOMMAIRE DES RÉSULTATS DES TESTS DANS L'EDSMD-2003</b>					
310	ENREGISTRER LE RÉSULTAT FINAL À QUESTION 310A. APRÈS AVOIR EFFECTUÉ TOUTES LES VISITES DE RAPPEL DANS LE MÉNAGE, VÉRIFIER ET ENREGISTRER LE RÉSULTAT FINAL DE PRÉLÈVEMENT DE SANG POUR LES TESTS DE TÉTANOS POUR CHAQUE ENQUÊTÉE.				
310A	CODE RÉSULTAT DU TEST DE TÉTANOS POUR LES FEMMES 1 MÉSURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE _____	<input type="checkbox"/> _____ (PRÉCISER)	<input type="checkbox"/> _____ (PRÉCISER)	<input type="checkbox"/> _____ (PRÉCISER)	<input type="checkbox"/> _____ (PRÉCISER)

311		RETOURNER À 302 POUR L'ENQUÊTÉE SUIVANTE. SI PLUS D'ENQUÊTÉE, CONTINUER À 312.	RETOURNER À 302 POUR L'ENQUÊTÉE SUIVANTE. SI PLUS D'ENQUÊTÉE, CONTINUER À 312.	RETOURNER À 302 POUR L'ENQUÊTÉE SUIVANTE. SI PLUS D'ENQUÊTÉE, CONTINUER À 312.	RETOURNER À 302 POUR L'ENQUÊTÉE SUIVANTE. SI PLUS D'ENQUÊTÉE, CONTINUER À 312.
312	APRÈS AVOIR EFFECTUÉ TOUTES LES VISITES DE RAPPEL DANS LES MÉNAGES, ENREGISTER LE NOMBRE TOTAL DE FEMMES ET D'ENFANTS POUR LESQUELS LE TEST DE TÉTANOS A ÉTÉ COMPLÉTÉ (C'EST-À-DIRE, CODE 1 ENREGISTRÉ À Q. 211A ET 310A).				TÉTANOS <input type="text"/>
312A	APRÈS AVOIR EFFECTUÉ TOUTES LES VISITES DE RAPPEL DANS LES MÉNAGES, ENREGISTER LE NOMBRE TOTAL D'ENFANTS POUR LESQUELS LE TEST DE ROUGEOLE A ÉTÉ COMPLÉTÉ (C'EST-À-DIRE, CODE 1 ENREGISTRÉ À Q. 211B).				ROUGEOLE <input type="text"/>
313	<b>FIN DU TEST DE TÉTANOS ET DE ROUGEOLE DANS LE MÉNAGE.</b>				

**TEST DE TÉTANOS ET DE ROUGEOLE**

**OBSERVATIONS DE L'INFIRMIÈRE/TECHNICIEN DE LABORATOIRE**

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ LES TESTS

(SI LE QUESTIONNAIRE N'A PAS ÉTÉ REMPLI, EXPLIQUER)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

NOM DE L'INFIRMIÈRE : \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

**OBSERVATIONS DE LA CONTROLEUSE**

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ LA VERIFICATION DU QUESTIONNAIRE

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

NOM DE LA CONTROLEUSE : \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

**OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE**

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ LA VERIFICATION DU QUESTIONNAIRE

---

---

---

---

---

---

---

---

NOM DU CHEF D'EQUIPE : \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

**Lettre au Médecin pour les Cas de Syphilis positive au test de sang veineux  
(Pour les personnes qui veulent se faire traiter dans un établissement de santé)  
Madagascar EDSMD-III**

Date: \_\_\_\_\_

Nom du patient: \_\_\_\_\_

Monsieur/Madame le Docteur/Personnel de soins de santé:

La personne ci-dessus nommée a volontairement participé à la troisième Enquête Démographique et de Santé de Madagascar (EDSMD-III) de 2003, organisée par l'Institut National de la Statistique (INSTAT) en collaboration avec le Ministère de la Santé. L'objectif de l'enquête est d'obtenir des informations sur l'état de santé de la population de Madagascar. Dans le cadre de l'enquête, du sang des enquêtés a été prélevé pour le test de la syphilis. Des gouttes de sang entier ont été ainsi prélevées sur lesquelles la méthode des bandelettes de test de "Abbott's Determine" a été effectuée pour déterminer tous les cas qui ont déjà été infecté à la syphilis. Ensuite, les résultats positifs au test de Abbott's Determine ont été confirmé à l'aide du test qualitatif RPR utilisant le plasma. Ce patient a été trouvé positif au deux tests (les bandelettes de test Abbott de détermination et le test qualitatif RPR).

Les personnes qui ont eu des résultats de test similaires à ceux de ce patient, ont reçu une injection de 2.4 million unités de benzathine pénicilline. Toutefois, à ceux qui ont eu des réactions à la pénicilline dans le passé, il a été donné un traitement à la Doxycycline 100Mg (1 comprimé x 2/jour pendant 15 jours) aux hommes et aux femmes non enceintes ou de l'Érythromycine 500 Mg (2 comprimés x 2/jour pendant 21 jours) aux femmes enceintes.

Votre patient a préféré se rendre dans un établissement de santé pour recevoir un suivi médical complet. Nous vous suggérons donc de suivre ce patient ainsi que tous ses partenaires sexuels(les) afin de leur fournir le traitement nécessaire.

Nom de l'infirmière/Technicienne de santé: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

## FICHE MÉNAGE DE SUIVI POUR LES RÉSULTATS DU TEST RPR DE SYPHILIS

### FICHE MÉNAGE DE SUIVI POUR LES RÉSULTATS DU TEST RPR DE SYPHILIS

L'INFIRMIÈRE DOIT COMPLÉTER LES INFORMATIONS SUR CETTE FICHE POUR CHAQUE MEMBRE DU MÉNAGE QUI A DONNÉ DU SANG DES VEINES POUR LE TEST RPR DE SYPHILIS.

CETTE FICHE SERA DONNÉE AU TECHNICIEN DE LABORATOIRE EN MÊME TEMPS QUE LE PRÉLÈVEMENT DE SANG DES VEINES QUI A ÉTÉ PRÉLEVÉ SUR L'ENQUÊTÉ DU MÉNAGE. APRÈS AVOIR COMPLÉTÉ LE TEST RPR DE SYPHILIS POUR CES ENQUÊTÉS, LE TECHNICIEN DE LABORATOIRE SERA RESPONSABLE D'ENREGISTRER LES RÉSULTATS DE TEST POUR CHAQUE ENQUÊTÉ À LA QUESTION 134 CI-DESSOUS.

L'INFIRMIÈRE COPIERA LES RÉSULTATS DE LA QUESTION 134 DE CETTE FICHE À LA QUESTION 134 DU QUESTIONNAIRE DE PRÉLÈVEMENT DE SANG POUR CHAQUE ENQUÊTÉ QUI A DONNÉ DU SANG DES VEINES POUR CE TEST.

LES DEUX, INFIRMIÈRE ET TECHNICIEN DE LABORATOIRE DEVRONT S'ASSURER QUE LE CODE À BARRES À LA QUESTION 123 EST LE MÊME QUE CELUI DE CETTE FICHE POUR FAIRE LA LIAISON.

NOM DE L'INFIRMIÈRE : \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE MÉNAGE

NUMÉRO DE GRAPPE

102	ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE, SEXE ET ÂGE DE TOUS LES ENQUÊTÉS QUI ONT DONNÉ DU SANG DES VEINES POUR LE TEST RPR DE SYPHILIS, ENSUITE COLLER LE CODE À BARRE IDENTIQUE À CELUI DE LA QUESTION 123 DU QUESTIONNAIRE POUR LE PRÉLÈVEMENT DE SANG.	N° DE LIGNE	<input type="text"/> <input type="text"/>	
104		SEXE	Masculin..... 1 Féminin..... 2	
105		Âge	<input type="text"/> <input type="text"/>	
123		COLLER L'ÉTIQUETTE CODES À BARRES DE LA MÊME RANGÉE QUE 123 DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE		

#### RÉSULTATS DU TEST RPR CONDUIT PAR LE TECHNICIEN DE LABORATOIRE

133 TRANSFÉRER LE RÉSULTAT DU TEST RPR DE LA FICHE DE RÉSULTAT DE L'ENQUÊTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE DES PRÉLÈVEMENTS DE SANG DU MÉNAGE. VÉRIFIER LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE CODES À BARRES À LA QUESTION 123 CONTRE LE CODES À BARRES DE L'ÉTIQUETTE COLLÉE SUR LA FICHE DE RÉSULTAT DE L'ENQUÊTÉ POUR RASSURER QUE L'ENQUÊTÉ EST BIEN LA PERSONNE EN QUESTION. INFORMER CHAQUE ENQUÊTÉ, QUI A DONNÉ SON SANG, DU RÉSULTAT DE SON RPR TEST DE SANG. ENREGISTRER À QUESTION 135 SI LE RÉSULTAT A ÉTÉ OU NON DONNÉ À L'ENQUÊTÉ. SI LE RÉSULTAT N'A PAS ÉTÉ DONNÉ, DONNER ÉGALEMENT LA RAISON À QUESTION 135.

134	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TEST RPR.	1 RPR RÉACTIF	2 RPR PAS RÉACTIF	
-----	--------------------------------------	------------------	----------------------	--

NOM DU TECHNICIEN DE LABORATOIRE : \_\_\_\_\_

DATE DE TEST DU RPR PAR LE TECHNICIEN DE LABORATOIRE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## MADAGASCAR EDSMD-III, 2003

## FICHE DE TRANSMISSION DU PLASMA POUR LE TEST TPHA À L'INSTITUT PASTEUR

(PLIER LA FICHE SELON LES POINTILLÉS AU VERSO—GARDER LA FICHE DANS LA BOÎTE DE COLLECTE AVEC LES PRÉLÈVEMENTS DE SANG JUSQU'À LA SIGNATURE FINALE)

NUMÉRO D'ÉQUIPE		NUMÉRO DE MÉNAGE		NUMÉRO DE GRAPPE		
PERSONNE CHARGÉE D'ENVOYER/ RECEVOIR LES PRÉLÈVEMENTS DE SANG		NOMBRE DE PRÉLÈVEMENTS DE SANG		SIGNATURE (CONFIRMANT QUE LE NOMBRE DE PRÉLÈVEMENTS DE SANG CORRESPOND AU NOMBRE DANS LA COL. 3)		NOTES (NOTER TOUTE DIFFÉRENCE OBSERVÉE DANS LE NOMBRE DE PRÉLÈVEMENTS À CHAQUE VÉRIFICATION)
(1)	QUAND FAUT-IL REMPLIR LA FICHE?	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
L'INFIRMIÈRE DE L'ÉQUIPE	QUAND LA GRAPPE EST COMPLÈTEMENT TERMINÉE					
COORDONNATEUR DE TERRAIN	AU MOMENT OÙ LES PRÉLÈVEMENTS SONT RAMASSÉS SUR LE TERRAIN POUR ÊTRE TRANSPORTÉS AU BUREAU CENTRAL DE L'ENQUÊTE					
DIRECTEUR TECHNIQUE/ COORDONNATEUR MÉDICAL	À LA RÉCEPTION AU BUREAU CENTRAL DE L'ENQUÊTE					
CHEF TECHNICIEN DU LABORATOIRE	À LA RÉCEPTION AU LABORATOIRE					

Les deux faces de cette fiche doivent être photocopiées au laboratoire.

L'original doit être retourné au Directeur Technique/ Coordonnateur médical après signature du laboratoire confirmant la réception et la vérification.

Le laboratoire détruira cette fiche après que les prélèvements aient été traités



## MADAGASCAR EDSMD-III, 2003

## FICHE DE TRANSMISSION DES GOUTTES DE SANG SÉCHÉ POUR LE TEST DE TÉTANOS

(PLIER LA FICHE SELON LES POINTILLÉS AU VERSO—GARDER LA FICHE DANS LA BOÎTE DE COLLECTE AVEC LES PRÉLÈVEMENTS DE SANG JUSQU'À LA SIGNATURE FINALE)

NUMÉRO D'ÉQUIPE		NUMÉRO DE MÉNAGE		NUMÉRO DE GRAPPE		
PERSONNE CHARGÉE D'ENVOYER/ RECEVOIR LES PRÉLÈVEMENTS DE SANG		NOMBRE DE PRÉLÈVEMENTS DE SANG		SIGNATURE (CONFIRMANT QUE LE NOMBRE DE PRÉLÈVEMENTS DE SANG CORRESPOND AU NOMBRE DANS LA COL. 3)		NOTES (NOTER TOUTE DIFFÉRENCE OBSERVÉE DANS LE NOMBRE DE PRÉLÈVEMENTS À CHAQUE VÉRIFICATION)
(1)	QUAND FAUT-IL REMPLIR LA FICHE?	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
L'INFIRMIÈRE DE L'ÉQUIPE	QUAND LA GRAPPE EST COMPLÈTEMENT TERMINÉE					
COORDONNATEUR DE TERRAIN	AU MOMENT OÙ LES PRÉLÈVEMENTS SONT RAMASSÉS SUR LE TERRAIN POUR ÊTRE TRANSPORTÉS AU BUREAU CENTRAL DE L'ENQUÊTE					
DIRECTEUR TECHNIQUE/ COORDONNATEUR MÉDICAL	À LA RÉCEPTION AU BUREAU CENTRAL DE L'ENQUÊTE					
CHEF TECHNICIEN DU LABORATOIRE	À LA RÉCEPTION AU LABORATOIRE					

Les deux faces de cette fiche doivent être photocopiées au laboratoire.

L'original doit être retourné au Directeur Technique/ Coordonnateur médical après signature du laboratoire confirmant la réception et la vérification.

Le laboratoire détruira cette fiche après que les prélèvements aient été traités



## MADAGASCAR EDSMD-III, 2003

## FICHE DE TRANSMISSION DU PLASMA POUR LE TEST TPHA À L'INSTITUT PASTEUR

(PLIER LA FICHE SELON LES POINTILLÉS AU VERSO—GARDER LA FICHE DANS LA BOÎTE DE COLLECTE AVEC LES PRÉLÈVEMENTS DE SANG JUSQU'À LA SIGNATURE FINALE)

NUMÉRO D'ÉQUIPE		NUMÉRO DE MÉNAGE		NUMÉRO DE GRAPPE		
PERSONNE CHARGÉE D'ENVOYER/ RECEVOIR LES PRÉLÈVEMENTS DE SANG		NOMBRE DE PRÉLÈVEMENTS DE SANG		SIGNATURE (CONFIRMANT QUE LE NOMBRE DE PRÉLÈVEMENTS DE SANG CORRESPOND AU NOMBRE DANS LA COL. 3)		NOTES (NOTER TOUTE DIFFÉRENCE OBSERVÉE DANS LE NOMBRE DE PRÉLÈVEMENTS À CHAQUE VÉRIFICATION)
(1)	QUAND FAUT-IL REMPLIR LA FICHE?	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
L'INFIRMIÈRE DE L'ÉQUIPE	QUAND LA GRAPPE EST COMPLÈTEMENT TERMINÉE					
COORDONNATEUR DE TERRAIN	AU MOMENT OÙ LES PRÉLÈVEMENTS SONT RAMASSÉS SUR LE TERRAIN POUR ÊTRE TRANSPORTÉS AU BUREAU CENTRAL DE L'ENQUÊTE					
DIRECTEUR TECHNIQUE/ COORDONNATEUR MÉDICAL	À LA RÉCEPTION AU BUREAU CENTRAL DE L'ENQUÊTE					
CHEF TECHNICIEN DU LABORATOIRE	À LA RÉCEPTION AU LABORATOIRE					

Les deux faces de cette fiche doivent être photocopiées au laboratoire.

L'original doit être retourné au Directeur Technique/ Coordonnateur médical après signature du laboratoire confirmant la réception et la vérification.

Le laboratoire détruira cette fiche après que les prélèvements aient été traités

