

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><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>GRANDE VILLE/ AUTRE- VILLE/ RURAL</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>(Capitale =1, Autre-Ville =2, , Rural =3)</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></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)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	GRANDE VILLE/ AUTRE- VILLE/ RURAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(Capitale =1, Autre-Ville =2, , Rural =3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
GRANDE VILLE/ AUTRE- VILLE/ RURAL		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
(Capitale =1, Autre-Ville =2, , Rural =3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																										
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	RÉSIDENCE																												
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> <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> <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> <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> <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> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	JOUR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MOIS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ANNÉE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NOM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	*RÉSULTAT	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
JOUR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
MOIS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
ANNÉE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
NOM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
*RÉSULTAT	<input type="text"/>	<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 _____ <input type="text"/>	NOM _____ <input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
DATE _____ <input type="text"/>	DATE _____ <input type="text"/>		<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.		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>	
		(1)		(2)		(3)		(4)	
N°.	QUESTIONS/ INSTRUCTIONS	MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS 0-5 ANS							
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 <div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>	
5	ENREGISTRER LE N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE OU MARQUER '00' S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUEST. MÉNAGE	<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>	
CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE									
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	
NIVEAU D'HÉMOGLOBINE									
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 <div><div></div><div></div></div> , <div><div></div></div> PAS MESURÉ996→ 12 (PRÉCISER) _____		NIVEAU D'HÉMOGLOBINE <div><div></div><div></div></div> , <div><div></div></div> PAS MESURÉ996→ 12 (PRÉCISER) _____		NIVEAU D'HÉMOGLOBINE <div><div></div><div></div></div> , <div><div></div></div> PAS MESURÉ996→ 12 (PRÉCISER) _____		NIVEAU D'HÉMOGLOBINE <div><div></div><div></div></div> , <div><div></div></div> PAS MESURÉ996→ 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	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	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 ^o DE LIGNE.		<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
		(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 ACCEPTÉ2→12	A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ.....1→12 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCEPTÉ2→12	A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ.....1→12 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCEPTÉ2→12	A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ.....1→12 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCEPTÉ2→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 _____	<div><div></div></div> _____ (PRÉCISER)	<div><div></div></div> _____ (PRÉCISER)	<div><div></div></div> _____ (PRÉCISER)	<div><div></div></div> _____ (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).				<div><div></div><div></div></div>

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.		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		
		(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 <div></div>		NOM <div></div>		NOM <div></div>		NOM <div></div>		
103	INSCRIRE LE NOMBRE D'ENQUÊTÉS ÉLIGIBLES SUR LA PAGE COUVERTURE DE CE QUESTIONNAIR.	Masculin..... 1 Féminin..... 2		Masculin..... 1 Féminin..... 2		Masculin..... 1 Féminin..... 2		Masculin..... 1 Féminin..... 2		
104		Âge <div></div>		<div></div>		<div></div>		<div></div>		
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 ^{ère}	1	2	1 ^{ère}	1	2	1 ^{ère}	1	2
		2 ^{ème}	1	2	2 ^{ème}	1	2	2 ^{ème}	1	2
		3 ^{ème}	1	2	3 ^{ème}	1	2	3 ^{ème}	1	2
CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE ET DE SYPHILIS										
106	VÉRIFIER ÂGE À Q. 104	1 15-17 ↓	2 18 OU PLUS→110	1 15-17 ↓	2 18 OU PLUS→110	1 15-17 ↓	2 18 OU PLUS→110	1 15-17 ↓	2 18 OU 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 <div></div>	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER <div></div>	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER <div></div>	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER <div></div>	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER <div></div>	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER <div></div>	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER <div></div>	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER <div></div>	
108	ENREGISTRER LE CONSENTEMENT DU PARENT OU AUTRE ADULTE POUR LES GOUTTES DE SANG POUR LE TEST DE SYPHILIS	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER <div></div>	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER <div></div>	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER <div></div>	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER <div></div>	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER <div></div>	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER <div></div>	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER <div></div>	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER <div></div>	
109	VÉRIFIER 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 <div></div>	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER <div></div>	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER <div></div>	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER <div></div>	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER <div></div>	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER <div></div>	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER <div></div>	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER <div></div>	
111	ENREGISTRER LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ POUR LES GOUTTES DE SANG POUR LE TEST DE SYPHILIS	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER <div></div>	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER <div></div>	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER <div></div>	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER <div></div>	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER <div></div>	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER <div></div>	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER <div></div>	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER <div></div>	
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.		<div></div>		<div></div>		<div></div>		<div></div>		
		(1)		(2)		(3)		(4)		
113	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.									
TEST D'ANÉMIE										
114	VÉRIFIER 110 SI L'ENQUÊTÉ A ACCEPTÉ DE DONNER DU SANG DU DOIGT POUR LE TEST D'ANÉMIE.	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	
115	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.									
116	ENREGISTRER LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.	NIVEAU D'HÉMOGLOBINE <div></div> PAS MESURÉ 996→ 121 (PRÉCISER)		NIVEAU D'HÉMOGLOBINE <div></div> PAS MESURÉ 996→ 121 (PRÉCISER)		NIVEAU D'HÉMOGLOBINE <div></div> PAS MESURÉ 996→ 121 (PRÉCISER)		NIVEAU D'HÉMOGLOBINE <div></div> PAS MESURÉ 996→ 121 (PRÉCISER)		
117	VÉRIFIER LE NIVEAU	1 INFÉRIEUR À 7 G/DL ↓	2 ENTRE 7-10 G/DL ↓ PASSER 119	3 AT/ SUPÉRIEUR À 10 G/DL ↓ PASSER 120	1 INFÉRIEUR À 7 G/DL ↓	2 ENTRE 7-10 G/DL ↓ PASSER 119	3 AT/ SUPÉRIEUR À 10 G/DL ↓ PASSER 120	1 INFÉRIEUR À 7 G/DL ↓	2 ENTRE 7-10 G/DL ↓ PASSER 119	3 AT/ SUPÉRIEUR À 10 G/DL ↓ PASSER 120
118	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.									
118A	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	
119	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.									
119A	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 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	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	
120	Le niveau d'hémoglobine détecté dans votre sang est normal.									
TEST DE SYPHILIS UTILISANT LA MÉTHODE ABBOTT DÉTERMINE										
121	VÉRIFIER 111 SI L'ENQUÊTÉ A ACCEPTÉ DE DONNER DU SANG DU DOIGT POUR LE TEST DE SYPHILIS.	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	
122	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.									

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	COMMENCER LE TEST DE SYPHILIS SUR LE SANG DE L'ENQUÊTÉ PRÉLEVÉ EN UTILISANT LA MÉTHODE ABBOTT DETERMINE.								
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..... <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		HEURES..... MINUTES..... <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		HEURES..... MINUTES..... <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		HEURES..... MINUTES..... <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
125B	ATTENDRE 15 MINUTES.								
125C	APRÈS 15 MINUTES ÉCOULÉES, ENREGISTRER L'HEURE QUE VOUS AVEZ À VOTRE MONTRE POUR INDiquer L'HEURE DE FIN DU TEST.	HEURES..... MINUTES..... <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		HEURES..... MINUTES..... <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		HEURES..... MINUTES..... <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		HEURES..... MINUTES..... <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
125D	SOUSTRaire L'HEURE À 125A DE CELLE DE 125C	MINUTES..... <div><div></div><div></div></div>		MINUTES..... <div><div></div><div></div></div>		MINUTES..... <div><div></div><div></div></div>		MINUTES..... <div><div></div><div></div></div>	
125E	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 DES 15 MINUTES AVANT DE FAIRE LA LECTURE DES RÉSULTATS DU TEST DE SYPHILIS PAR LA MÉTHODE ABBOTT.								
126	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TEST DE SYPHILIS DE ABBOTT DETERMINE.	1 POSITIF	2 NÉGATIF	1 POSITIF	2 NÉGATIF	1 POSITIF	2 NÉGATIF	1 POSITIF	2 NÉGATIF
		3 INDÉTERMINÉ		3 INDÉTERMINÉ		3 INDÉTERMINÉ		3 INDÉTERMINÉ	
127	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.								
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 acceptiez de participer au test?								
128A	CONSENTEMENT POUR LE PRÉLÈVEMENT DE SANG DES VEINES DU BRAS POUR LE TEST RPR	A ACCEPTÉ1 SIGNER A REFUSÉ2→ 131 AUTRE8 →131 (PRÉCISER)		A ACCEPTÉ1 SIGNER A REFUSÉ2→ 131 AUTRE8 →131 (PRÉCISER)		A ACCEPTÉ1 SIGNER A REFUSÉ2→ 131 AUTRE8 →131 (PRÉCISER)		A ACCEPTÉ1 SIGNER A REFUSÉ2→ 131 AUTRE8 →131 (PRÉCISER)	
129	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.								

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 ^o 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, AUTRE3 (PRÉCISER)	OUI.....1 NON, ABSENT.....2 NON, AUTRE3 (PRÉCISER)	OUI.....1 NON, ABSENT.....2 NON, AUTRE3 (PRÉCISER)	OUI.....1 NON, ABSENT.....2 NON, AUTRE3 (PRÉCISER)	OUI.....1 NON, ABSENT.....2 NON, AUTRE3 (PRÉCISER)	OUI.....1 NON, ABSENT.....2 NON, AUTRE3 (PRÉCISER)	OUI.....1 NON, ABSENT.....2 NON, AUTRE3 (PRÉCISER)	OUI.....1 NON, ABSENT.....2 NON, AUTRE3 (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 MAINTENANT1 SIGNER OUI, MAIS PRÉFÈRE UN AUTRE LIEU. . . .2	OUI, À LA MAISON MAINTENANT1 SIGNER OUI, MAIS PRÉFÈRE UN AUTRE LIEU. . . .2	OUI, À LA MAISON MAINTENANT1 SIGNER OUI, MAIS PRÉFÈRE UN AUTRE LIEU. . . .2	OUI, À LA MAISON MAINTENANT1 SIGNER OUI, MAIS PRÉFÈRE UN AUTRE LIEU. . . .2
------	--	---	---	---	---

ENREGISTRER LE N ^o DE LIGNE.		<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
		(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	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. 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'ayez aujourd'hui. Toutefois, juste pour me rassurer, je vais vous poser un certain nombre de questions sur vos expériences passées avec la pénicilline avant que je vous donne le traitement. 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	OUI..... 1 NON/PAS SÛR 2→143	OUI..... 1 NON/PAS SÛR 2→143	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	OUI..... 1→147 NON/PAS SÛR 2	OUI..... 1→147 NON/PAS SÛR 2	OUI..... 1→147 NON/PAS SÛR 2
143	Avez-vous déjà reçu n'importe quelle autre injection?	OUI..... 1 NON/PAS SÛR 2→145	OUI..... 1 NON/PAS SÛR 2→145	OUI..... 1 NON/PAS SÛR 2→145	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 SÛR2	OUI..... 1→147 NON/PAS SÛR 2	OUI..... 1→147 NON/PAS SÛR 2
145	DEMANDER LE CONSENTEMENT POUR L'INJECTION DE LA PÉNICILLINE. Je voudrais vous faire une injection de la pénicilline. Vous aurez besoin d'une seule injection. Toutefois,, si vous le voulez, je peux vous donner des comprimés d'antibiotiques 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	FAIRE L'INJECTION DE LA PÉNICILLINE. 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	DEMANDER CONSENTEMENT POUR LES COMPRIMÉS D'ANTIBIOTIQUES. 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	Etes-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	DONNER LES COMPRIMÉS DE DOXYCYCLINE ET MONTRER COMMENT LE PRENDRE.				
151	DONNER LES COMPRIMÉS D'ERYTHROMYCINE ET MONTRER COMMENT LE PRENDRE.				
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 ^o DE LIGNE.		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		(1)	(2)	(3)	(4)
153	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>				
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	<p>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.</p> <p>S'IL N'Y A PAS DE PARTENAIRES, PASSER À 161.</p>				
158		TRAITER LE PARTENAIRE SELON LE PROTOCOLE AUX QUESTIONS 139-153.	TRAITER LE PARTENAIRE SELON LE PROTOCOLE AUX QUESTIONS 139-153.	TRAITER LE PARTENAIRE SELON LE PROTOCOLE AUX QUESTIONS 139-153.	TRAITER LE PARTENAIRE SELON LE PROTOCOLE AUX QUESTIONS 139-153.
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 RÉFÉ- RENCE 1 PARTENAIRE A REFUSÉ TRAITEMENT ET LETTRE DE RÉFÉRENCE 2 PARTENAIRE ABSENT 3	PARTENAIRE A REFUSÉ TRAITEMENT, MAIS ACCEPTÉ LETTRE DE RÉFÉ- RENCE 1 PARTENAIRE A REFUSÉ TRAITEMENT ET LETTRE DE RÉFÉRENCE 2 PARTENAIRE ABSENT 3	PARTENAIRE A REFUSÉ TRAITEMENT, MAIS ACCEPTÉ LETTRE DE RÉFÉ- RENCE 1 PARTENAIRE A REFUSÉ TRAITEMENT ET LETTRE DE RÉFÉRENCE 2 PARTENAIRE ABSENT 3	PARTENAIRE A REFUSÉ TRAITEMENT, MAIS ACCEPTÉ LETTRE DE RÉFÉ- RENCE 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	CODE RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE 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	CODE RÉSULTAT POUR LE TEST DE SYPHILIS PAR LA MÉTHODE ABBOTT 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	CODE RÉSULTAT POUR LE TEST DE SYPHILIS PAR LA MÉTHODE RPR 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	FIN DU TEST D'ANÉMIE ET DE SYPHILIS DANS LE MÉNAGE.				

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 CONTRÔLEUSE

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 RESPONSABLE 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 ^o DE LIGNE.		<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
		(1)	(2)	(3)	(4)
N ^o .	QUESTIONS/ INSTRUCTIONS	TEST DU TÉTANOS ET DE LA ROUGEOLE CHEZ LES ENFANTS 0-5 ANS			
201	<p>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.</p> <p>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.</p>				
202	ENREGISTRER LE NOM, SEXE ET ÂGE DE TOUS LES ENFANTS 0-5 ANS.	NOM <div></div>	NOM <div></div>	NOM <div></div>	NOM <div></div>
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 <div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
205	N ^o DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE OU MARQUER '00' S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUEST. MÉNAGE	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
206	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU CONSENTE-MENT DU PARENT/ AUTRE ADULT POUR LE TEST DE TÉTANOS	1 A ACCEPTÉ SIGNER <div></div>	2 REFUSÉ SIGNER <div></div>	1 A ACCEPTÉ SIGNER <div></div>	2 REFUSÉ SIGNER <div></div>
207	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU CONSENTE-MENT DU PARENT/ AUTRE ADULT POUR LE TEST DE ROUGEOLE	1 A ACCEPTÉ SIGNER <div></div>	2 REFUSÉ SIGNER <div></div>	1 A ACCEPTÉ SIGNER <div></div>	2 REFUSÉ SIGNER <div></div>
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>PRÉPARER LE MATÉRIELS NÉCESSAIRES POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT DES GOUTTES DE SANG POUR LE TEST DE TÉTANOS ET DE LA ROUGEOLE.</p> <p>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.</p>				
SOMMAIRE DES RÉSULTATS DES TESTS DE TÉTANOS ET DE ROUGEOLE POUR LES ENFANTS DANS L'EDSMD-2003					
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 _____	<div></div> <div></div> (PRÉCISER)	<div></div> <div></div> (PRÉCISER)	<div></div> <div></div> (PRÉCISER)	<div></div> <div></div> (PRÉCISER)

211B	CODE RÉSULTAT DU TEST DE ROUGEOLE 1 MÉSURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE _____	<div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <hr/> (PRÉCISER) </div>	<div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <hr/> (PRÉCISER) </div>	<div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <hr/> (PRÉCISER) </div>	<div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <hr/> (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, ENREGISTER 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="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
214	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 <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></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.		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		
		(1)		(2)		(3)		(4)		
N°.	QUESTIONS/ INSTRUCTIONS	TEST DE TÉTANOS POUR LES FEMMES								
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 <div></div>		NOM <div></div>		NOM <div></div>		NOM <div></div>		
303	INSCRIRE LE NOMBRE DE FEMMES ÉLIGIBLES SUR LA PAGE COUVERTURE DE CE QUESTIONNAIR.	Âge <div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div></div>		
304	ENCERCLER LE N° DE VISITE À LA QUELLE L'ENQUÊTÉE ÉTAIT PRÉSENTE POUR LE TEST	VISITE	OUI	NON	VISITE	OUI	NON	VISITE	OUI	NON
		1 ^{ère}	1	2	1 ^{ère}	1	2	1 ^{ère}	1	2
		2 ^{ème}	1	2	2 ^{ème}	1	2	2 ^{ème}	1	2
		3 ^{ème}	1	2	3 ^{ème}	1	2	3 ^{ème}	1	2
CONSENTEMENT POUR LE TEST DE TÉTANOS POUR LES FEMMES										
305	VÉRIFIER ÂGE À Q. 303	1 15-17 ↓	2 18 OU PLUS→307	1 15-17 ↓	2 18 OU PLUS→307	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 <div></div>	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER <div></div> PASSER À→ 310	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER <div></div>	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER <div></div> PASSER À→ 310	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER <div></div>	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER <div></div> PASSER À→ 310	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER <div></div>	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER <div></div> PASSER À→ 310	
307	ENREGISTRER LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE POUR LE TEST DE TÉTANOS	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER <div></div>	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER <div></div> PASSER À→ 310	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER <div></div>	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER <div></div> PASSER À→ 310	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER <div></div>	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER <div></div> PASSER À→ 310	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER <div></div>	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER <div></div> 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.									
SOMMAIRE DES RÉSULTATS DES TESTS DANS L'EDSMD-2003										
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	<div><div></div></div> <div></div> (PRÉCISER)		<div><div></div></div> <div></div> (PRÉCISER)		<div><div></div></div> <div></div> (PRÉCISER)		<div><div></div></div> <div></div> (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 <div></div>
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 <div></div>
313	FIN DU TEST DE TÉTANOS ET DE ROUGEOLE DANS LE MÉNAGE.				

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'ENQUÊTE 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 ENQUÊTE 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 ENQUÊTE 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 ÉLIGIBLES 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	[][]
104		SEXE	Masculin..... 1 Féminin..... 2
105		Âge	[][]
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 LABOTATOIRE			
133	TRANSFÉRER LE RÉSULTAT DU TEST RPR DE LA FICHE DE RÉSULTAT DE L'ENQUÊTE 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'ENQUÊTE POUR RASSURER QUE L'ENQUÊTE EST BIEN LA PERSONNE EN QUESTION. INFORMER CHAQUE ENQUÊTE, 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'ENQUÊTE. 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	QUAND FAUT-IL REMPLIR LA FICHE?	NOMBRE DE PRÉLÈVEMENTS DE SANG	SIGNATURE (CONFIRMANT QUE CHAQUE PRÉLÈVEMENT EST PRÉSENT—VOIR AU VERSO DE CETTE FICHE)	SIGNATURE (CONFIRMANT QUE LE NOMBRE DE PRÉLÈVEMENTS DE SANG CORRESPOND AU NOMBRE DANS LA COL. 3)	DATE	NOTES (NOTER TOUTE DIFFÉRENCE OBSERVÉE DANS LE NOMBRE DE PRÉLÈVEMENTS À CHAQUE VÉRIFICATION)
(1)	(2)	(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 INSTITUT PASTEUR

NO.	CODES À BARRES DU PRÉLÈVEMENT	Infirm.	Lab. Tech.	Coord. Médic.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

.....

NO.	CODES À BARRES DU PRÉLÈVEMENT	Infirm.	Lab. Tech.	Coord. Médic.
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

←----- Fold here -----→

↓

8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
84

23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

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	QUAND FAUT-IL REMPLIR LA FICHE?	NOMBRE DE PRÉLÈVEMENTS DE SANG	SIGNATURE (CONFIRMANT QUE CHAQUE PRÉLÈVEMENT EST PRÉSENT—VOIR AU VERSO DE CETTE FICHE)	SIGNATURE (CONFIRMANT QUE LE NOMBRE DE PRÉLÈVEMENTS DE SANG CORRESPOND AU NOMBRE DANS LA COL. 3)	DATE	NOTES (NOTER TOUTE DIFFÉRENCE OBSERVÉE DANS LE NOMBRE DE PRÉLÈVEMENTS À CHAQUE VÉRIFICATION)
(1)	(2)	(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	QUAND FAUT-IL REMPLIR LA FICHE?	NOMBRE DE PRÉLÈVEMENTS DE SANG	SIGNATURE (CONFIRMANT QUE CHAQUE PRÉLÈVEMENT EST PRÉSENT—VOIR AU VERSO DE CETTE FICHE)	SIGNATURE (CONFIRMANT QUE LE NOMBRE DE PRÉLÈVEMENTS DE SANG CORRESPOND AU NOMBRE DANS LA COL. 3)	DATE	NOTES (NOTER TOUTE DIFFÉRENCE OBSERVÉE DANS LE NOMBRE DE PRÉLÈVEMENTS À CHAQUE VÉRIFICATION)
(1)	(2)	(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 INSTITUT PASTEUR

NO.	CODES À BARRES DU PRÉLÈVEMENT	Infirm.	Lab. Tech.	Coord. Médic.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

.....

NO.	CODES À BARRES DU PRÉLÈVEMENT	Infirm.	Lab. Tech.	Coord. Médic.
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

←----- Fold here -----→

↓

8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

.....

23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				