

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ CONTINUE (EDS-CONTINUE 2012-2013)
QUESTIONNAIRE MÉNAGE : POIDS, TAILLE, TESTS D'ANÉMIE ET DE PALUDISME
 POUR LES ENFANTS DE 0-5 ANS

République du Sénégal
 Ministère de l'Economie et des Finances
 Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

ICF International

IDENTIFICATION

NOM DE LA LOCALITE _____	
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____ NUMERO DU MÉNAGE _____	MÉNAGE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NUMERO DE CONCESSION	CONCES. ... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NUMERO DE GRAPPE	GRAPPE.... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
REGION	REGION <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)	MILIEU <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DAKAR/CAPITALE REGIONALE/AUTRE VILLE/RURAL (DAKAR=1, CAPITALE REGIONALE=2, AUTRE VILLE=3, RURAL=4)	MILIEU (DETAILLE) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

VISITES D'ENQUETRICES

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NOM DE L'ENQUETRICE	_____	_____	_____	MOIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
RESULTAT*	_____	_____	_____	ANNEE.... <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
PROCHAINE DATE VISITE : HEURE	_____	_____		CODE ENQU. ... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
*CODES RESULTATS : 1 REMPLI 2 PAS DE MEMBRE DU MENAGE A LA MAISON OU PAS D'ENQUETE COMPETENT AU MOMENT DE LA VISITE 3 MENAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PERIODE 4 DIFFERE 5 REFUSE 6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT A L'ADRESSE 7 LOGEMENT DETRUIT 8 LOGEMENT NON TROUVE 9 AUTRE _____ (PRECISER)				CODE RESULTAT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="checkbox"/>
				TOTAL DANS LE MENAGE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				TOTAL ENFANTS ELIGIBLES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				N° LIGNE ENQUÊTE POUR QUESTION. MENAGE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

CHEF D'EQUIPE	AGENT DE SANTE
NOM _____ <input type="checkbox"/>	NOM _____ <input type="checkbox"/>
DATE _____ <input type="checkbox"/>	DATE _____ <input type="checkbox"/>

POIDS, TAILLE, TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 0-5 ANS

201	VÉRIFIEZ LA COLONNE 11 DU TABLEAU DE MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS À Q.202 EN ORDRE SELON LE NUMÉRO DE LIGNE. S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S).			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
202	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 11 NOM DE LA COLONNE 2	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM
203	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE, COPIER LE MOIS ET L'ANNÉE DE NAISSANCE DE L'ENFANT À PARTIR DU TABLEAU DES NAISSANCES ET DEMANDER LE JOUR ; SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDER: Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/>
204	VÉRIFIEZ 203: ENFANT NÉ EN JANVIER 2007 OU PLUS TARD ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)
205	POIDS EN KILOGRAMMES	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 99.94 REFUS 99.95 AUTRE 99.96	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 99.94 REFUS 99.95 AUTRE 99.96	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 99.94 REFUS 99.95 AUTRE 99.96
206	TAILLE EN CENTIMÈTRES SI MOINS DE 2 ANS, MESURER L'ENFANT COUCHÉ, SINON DEBOUT	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 999.4 REFUS 999.5 AUTRE 999.6	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 999.4 REFUS 999.5 AUTRE 999.6	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 999.4 REFUS 999.5 AUTRE 999.6
207	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3
208	VÉRIFIEZ 203: EST-CE QUE L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ AU COURS DU MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW) PLUS ÂGÉ 2
209	N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE). INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ.	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
210	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 209 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des enfants dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2007 ou plus tard participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?</p>		

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____
211	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE.	ACCORDÉE 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6	ACCORDÉE 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6	ACCORDÉE 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6
212	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 209 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<p>Dans cadre de cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir le paludisme.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2007 ou plus tard participent au test de paludisme inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test. (Nous utiliserons le sang de la même piqûre au même doigt que pour le test d'anémie).</p> <p>Une goutte de sang sera testée pour le paludisme immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyés à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?</p> <p>Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision.</p> <p>Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme ?</p>		
213	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE.	ACCORDÉE 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6	ACCORDÉE 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6	ACCORDÉE 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6

214	PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TEST(S) POUR LEQUELS/LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TEST(S).			
215	ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DE PALUDISME.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</div> ABSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</div> ABSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</div> ABSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996
		COLLEZ LA 2 ^{eme} ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3 ^{eme} SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	COLLEZ LA 2 ^{eme} ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3 ^{eme} SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	COLLEZ LA 2 ^{eme} ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3 ^{eme} SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.
216	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996
217	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6 (PASSEZ À 219) ←	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6 (PASSEZ À 219) ←	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6 (PASSEZ À 219) ←
218	ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF FALCIPARUM 1 POSITIF ESPECES (OMV) 2 POSITIF P (F et OMV) 3 (PASSEZ À 221) ← NÉGATIF 4 AUTRE 6	POSITIF FALCIPARUM 1 POSITIF ESPECES (OMV) 2 POSITIF P (F et OMV) 3 (PASSEZ À 221) ← NÉGATIF 4 AUTRE 6	POSITIF FALCIPARUM 1 POSITIF ESPECES (OMV) 2 POSITIF P (F et OMV) 3 (PASSEZ À 221) ← NÉGATIF 4 AUTRE 6
219	VÉRIFIEZ 216: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 232) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 232) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 232) ←

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____
220	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.	Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené à un établissement de santé immédiatement. PASSEZ À 232		
221	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants: Faiblesse extrême? Problèmes cardiaques? Perte de conscience? Respiration rapide ou difficulté de respirer? Convulsions? Saignements anormaux? Jaunisse/peau jaune ? Urine foncée? SI AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS, ENCERCLEZ CODE Y.	FAIBLESSE EXTRÊME A PROBLÈME CARDIAQUE B PERTE CONSCIENCE C RESPIRATION RAPIDE D CONVULSIONS E SAIGNEMENTS F JAUNISSE G URINE FONCÉE H AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS Y	FAIBLESSE EXTRÊME A PROBLÈME CARDIAQUE B PERTE CONSCIENCE C RESPIRATION RAPIDE D CONVULSIONS E SAIGNEMENTS F JAUNISSE G URINE FONCÉE H AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS Y	FAIBLESSE EXTRÊME A PROBLÈME CARDIAQUE B PERTE CONSCIENCE C RESPIRATION RAPIDE D CONVULSIONS E SAIGNEMENTS F JAUNISSE G URINE FONCÉE H AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS Y
222	VÉRIFIEZ 221: Y A-T-IL UN CODE A-H ENCERCLÉ ?	UN CODE A-H ENCERCLÉ 1 (PASSEZ À 224) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ 2	UN CODE A-H ENCERCLÉ 1 (PASSEZ À 224) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ 2	UN CODE A-H ENCERCLÉ 1 (PASSEZ À 224) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ 2
223	VÉRIFIEZ 216: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL 1 6.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 225) ←	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL 1 6.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 225) ←	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL 1 6.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 225) ←
224	DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.	Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme grave. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené tout de suite à un établissement de santé. PASSEZ À 231		

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3	
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____	
225	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la CTA donné par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 227) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 227) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 227) ←	
226	<u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE LA CTA.</u>	Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu de la CTA pour le paludisme. Je ne peux pas vous donner une CTA supplémentaire. Cependant, le test montre qu'il/elle a du paludisme. Si votre enfant a de la fièvre pendant 2 jours après la dernière dose de CTA, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens plus approfondis. PASSEZ À 231			
227	LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.	Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé CTA. La CTA est très efficace et d'ici quelques jours, il n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de donner le médicament à l'enfant. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plaît, si vous acceptez, ou non, le médicament.			
228	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2 AUTRE 6 (PASSEZ À 231) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2 AUTRE 6 (PASSEZ À 231) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2 AUTRE 6 (PASSEZ À 231) ←	
230	TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF.	Enfants de moins de 1 an ou de moins de 8 Kgs Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose) Enfants de 1-5 ans ou de 8-17 Kgs Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)	Jour 1 (1 comprimé)	Jour 2 (1 comprimé)	Jour 3 (1 comprimé)
			Jour 1 (1 comprimé)	Jour 2 (1 comprimé)	Jour 3 (1 comprimé)
		DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les deux jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.			
231	ENREGISTREZ LE CODE RÉSULTAT DU TRAITEMENT POUR LE PALUDISME OU DE LA FICHE DE REFERENCE.	MÉDICAMENT DONNÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA 4 AUTRE 6	MÉDICAMENT DONNÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA 4 AUTRE 6	MÉDICAMENT DONNÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA 4 AUTRE 6	
232	RETOURNEZ À 202 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA 1ERE COLONNE DU/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S); S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW.				

POIDS, TAILLE, TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 0-5 ANS

201	VÉRIFIEZ LA COLONNE 11 DU TABLEAU DE MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS À Q.202 EN ORDRE SELON LE NUMÉRO DE LIGNE. S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S).			
		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
202	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 11 NOM DE LA COLONNE 2	N° LIGNE <input type="text"/> NOM	N° LIGNE <input type="text"/> NOM	N° LIGNE <input type="text"/> NOM
203	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE, COPIER LE MOIS ET L'ANNÉE DE NAISSANCE DE L'ENFANT À PARTIR DU TABLEAU DES NAISSANCES ET DEMANDER LE JOUR ; SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDER: Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>
204	VÉRIFIEZ 203: ENFANT NÉ EN JANVIER 2007 OU PLUS TARD ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW)
205	POIDS EN KILOGRAMMES	KG. <input type="text"/> ABSENT 99.94 REFUS 99.95 AUTRE 99.96	KG. <input type="text"/> ABSENT 99.94 REFUS 99.95 AUTRE 99.96	KG. <input type="text"/> ABSENT 99.94 REFUS 99.95 AUTRE 99.96
206	TAILLE EN CENTIMÈTRES SI MOINS DE 2 ANS, MESURER L'ENFANT COUCHÉ, SINON DEBOUT	CM. <input type="text"/> ABSENT 999.4 REFUS 999.5 AUTRE 999.6	CM. <input type="text"/> ABSENT 999.4 REFUS 999.5 AUTRE 999.6	CM. <input type="text"/> ABSENT 999.4 REFUS 999.5 AUTRE 999.6
207	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3
208	VÉRIFIEZ 203: EST-CE QUE L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ AU COURS DU MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW) PLUS ÂGÉ 2
209	N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE). INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ.	N° LIGNE <input type="text"/>	N° LIGNE <input type="text"/>	N° LIGNE <input type="text"/>
210	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 209 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des enfants dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2007 ou plus tard participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?</p>		

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____
211	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE.	ACCORDÉE 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6	ACCORDÉE 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6	ACCORDÉE 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6
212	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 209 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<p>Dans cadre de cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir le paludisme.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2007 ou plus tard participent au test de paludisme inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test. (Nous utiliserons le sang de la même piqûre au même doigt que pour le test d'anémie).</p> <p>Une goutte de sang sera testée pour le paludisme immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyés à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme ?</p>		
213	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE.	ACCORDÉE 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6	ACCORDÉE 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6	ACCORDÉE 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUSÉE 2 ABSENT 5 AUTRE 6

214	PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TEST(S) POUR LEQUELS/LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TEST(S).
215	<p>ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DE PALUDISME.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 30%;">COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 30%;">COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 30%;">COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</div> </div> <p> ABSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 </p> <p> COLLEZ LA 2^{ème} ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3^{ème} SUR LA FICHE DE TRANSMISSION. </p>
216	<p>INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME.</p> <p>G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/></p> <p> ABSENT 99.4 REFUS 99.5 AUTRE 99.6 </p>
217	<p>ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.</p> <p> TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6 </p> <p>(PASSEZ À 219) ←</p>
218	<p>ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.</p> <p> POSITIF FALCIPARUM 1 POSITIF ESPECES (OMV) 2 POSITIF P (F et OMV) 3 </p> <p>(PASSEZ À 221) ←</p> <p> NÉGATIF 4 AUTRE 6 </p>
219	<p>VÉRIFIEZ 216:</p> <p>NIVEAU D'HÉMOGLOBINE</p> <p> EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 </p> <p>(PASSEZ À 232) ←</p>

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____
220	DÉCLARATION DE REFERENCE <u>POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u>	Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené à un établissement de santé immédiatement. PASSEZ À 232		
221	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants: Faiblesse extrême? Problèmes cardiaques? Perte de conscience? Respiration rapide ou difficulté de respirer? Convulsions? Saignements anormaux? Jaunisse/peau jaune ? Urine foncée? SI AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS, ENCERCLEZ CODE Y.	FAIBLESSE EXTRÊME A PROBLÈME CARDIAQUE B PERTE CONSCIENCE C RESPIRATION RAPIDE D CONVULSIONS E SAIGNEMENTS F JAUNISSE G URINE FONCÉE H AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS Y	FAIBLESSE EXTRÊME A PROBLÈME CARDIAQUE B PERTE CONSCIENCE C RESPIRATION RAPIDE D CONVULSIONS E SAIGNEMENTS F JAUNISSE G URINE FONCÉE H AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS Y	FAIBLESSE EXTRÊME A PROBLÈME CARDIAQUE B PERTE CONSCIENCE C RESPIRATION RAPIDE D CONVULSIONS E SAIGNEMENTS F JAUNISSE G URINE FONCÉE H AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS Y
222	VÉRIFIEZ 221: Y A-T-IL UN CODE A-H ENCERCLÉ ?	UN CODE A-H ENCERCLÉ 1 (PASSEZ À 224) ←	UN CODE A-H ENCERCLÉ 1 (PASSEZ À 224) ←	UN CODE A-H ENCERCLÉ 1 (PASSEZ À 224) ←
223	VÉRIFIEZ 216: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL 1 6.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 225) ←	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL 1 6.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 225) ←	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL 1 6.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 225) ←
224	DÉCLARATION POUR REFERENCE <u>POUR PALUDISME GRAVE.</u>	Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme grave. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené tout de suite à un établissement de santé. PASSEZ À 231		

