QUEST. FRANÇAIS: 02 juin 2016

TROISIÈME ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ EDSB-III

Visa statistique N° VS201505CNIS

QUESTIONNAIRE BIOMARQUEUR

RÉPUBLIQUE DU BURUNDI

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

MINISTÈRE À LA PRÉSIDENCE CHARGÉ

IDA DE LA BONNE GOUVERNANCE ET DU PLAN INSTITUT DE STATISTIQUES ET D'ÉTUDES ÉCONOMIQUES DU BURUNDI (ISTEEBU)

		IDENTIFICA	TION	
NOM DE LA LOCALITÉ/S				
NOM DU CHEF DE MÉN	IAG <u>E</u>			
<u>'</u>				— [
NUMÉRO DE GRAPPE				
NUMÉRO DU MÉNAGE				
MÉNAGE SÉLECTIONNI	É POUR L'ENQUÊTE HO	DMME ? (1=OUI, 2=NON		
		VISITES D'ENG	UÊTEUR	
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE				JOUR
NOM DE L'AGENT				MOIS
DE TERRAIN				ANNÉE
55000000555455				
PROCHAINE DATE VISITE :				NOMBRE TOTAL DE VISITES
HEURE				
NOTES:				TOTAL DE FEMMES
				ÉLIGIBLES
				TOTAL D'HOMMES
				ÉLIGIBLES
-				TOTAL D'ENFANTS
				ÉLIGIBLES
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	LANG L'INTERN		NGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ**	TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2)
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** FRANÇAIS **CODES LANGUES: 01 FRANÇAIS 96 AUTRE 02 KIRUNDI PRÉCISEZ				
		CHEF D'ÉQU	PE	
		Γ		
		NOM	NUMÉRO	

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.					
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3		
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE.	NUMÉRO DE LIGNE	NUMÉRO DE LIGNE	NUMÉRO DE LIGNE		
	NOM DE LA COL. 2	NOM	NOM	NOM		
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE: COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (JOUR, MOIS ET ANNÉE) DU TABLEAU DES NAISSANCES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE: DEMANDEZ: Quelle est la date de naissance de (NOM)?	JOUR	JOUR	JOUR		
104	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2011-2016?	OUI	OUI	OUI		
105	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG	KG	KG		
106	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM	CM	CM		
107	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ	ALLONGÉ	ALLONGÉ		
107A	PÉRIMÈTRE BRACHIAL EN CENTIMÈTRES.	CM	CM	CM		
108	MESUREUR: INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO D'AGENT DE TERRAIN	L'AGENT DE TERRAIN	L'AGENT DE TERRAIN	L'AGENT DE TERRAIN		

DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DURA DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DUR	101		GE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.				
COL11 DANS LE TABLEAU MENAGE NOM DE LA COL 2 **NOM DE LA COL 2 **PLUS AGE			ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3		
109 VERIFIEZ 103: EST-CE QUE L'ENFANT A D. 0-5 MOIS (ALLEZ À 137) D-5	102	_					
S MOIS, CEST-A-DIRE QVIL EST NE DURANT LE MOIS DE LENDRUÉTE DU DANS LESS MOIS PRÉCÉDENTS? PLUS ÁGÉ		NOM DE LA COL. 2	NOM	NOM	NOM		
S MOIS, CEST-A-DIRE QVIL EST NE DURANT LE MOIS DE LENDRUÉTE DU DANS LESS MOIS PRÉCÉDENTS? PLUS ÁGÉ			Γ				
No DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DU L'ARRENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DU L'ARRENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DU L'ARRENT/AUTRE ADULTE. RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE TO SENTÉMENT DU PARENT/AUTRE ADULTE. RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE DEMANDEZ LE CONSENTÉMENT POUR L'ARRENT/AUTRE ADULTE. RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE. L'a semile est un problème de santé serieux qui résuite généralement d'une alimentation pauvre, direction ou de maiside chronque. Les résultats ou cette enquête pour de maiside chronque. Les résultats ou cette enquête pour des propriements pour prévenir et traiter l'anémie. Nous demandors que contract l'autre propriement à developper des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Nous demandors que contract l'autre propriement à developper des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Nous demandors que contract l'autre propriement à developper des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Nous demandors que contract l'autre proprie et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sers jeté après chaque test. Le sans sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué but des suite. Les résultats ous maintent en contract trainsmis à parenne en dehors de l'équipe de l'ançuée. Si le test pour le diagnostic d'anémie montre que votre enfant à une anémie sévère, c'est-aire si l'enfant un niveau d'hémolémiste en serant transmis à parenne en déhors de l'équipe de l'ançuée. Si le test pour le diagnostic d'anémie montre que votre enfant à une anémie sévère, c'est-aire si l'anchement en l'est pour de l'anchement en l'est pour de enfant à une anémie sévère, c'est-aire si l'anémie. L'anémie s'est problèment de sant s'est problèment d'est problèment	109	5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ		0-5 MOIS	0-5 MOIS		
ESPONSABLE DE L'ENFANT DE LA COLONNE I DU TABLEAU MENAGE. (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÈ) (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÈ (INSCRIPTATION LE SESTO AND LISTÈ (INSCRIPT		DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	PLUS ÂGÉ 2	PLUS ÂGÉ 2	PLUS ÂGÉ2		
CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE 111 DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR L'ETEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE. Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et trailer l'anémie. Nous demandons que un se sant au set d'anémie des santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête gouvernement à développer des programmes pour prévenir et trailer l'anémie. Nous demandons que pouvernement ne developper des programmes pour prévenir et trailer l'anémie. Nous demandons que pouver enfants nés en 2011, ou pubs tand, participerat au test d'anémie que propre et sans rêter de utilise un réquiper neut pour tes et anchaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Les résultats sont strictement confidentées et ne seront transmis à personne en déhors de l'équipe de fonquête. Si les test pour le dagnosité d'anéme entre que votre rénair à une anémie sévere, c'est-à-dire s'entre de sant d'anémie? Avez-vous des questions à me poser? Vous pouvez dire out ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ? CONSENTEMENT DU PARENT/AUTRE 3 ACCORDÉ 1 GIGNATURE) REFUS 2 REFUS 2 REFUS 3 ABSENT/AUTRE 3 DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST DE PALUDISME 4 PA	110	RESPONSABLE DE L'ENFANT DE LA					
DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANIÈMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE. Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui rèsulte génémellement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'alére le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traîter fanémie. Nous demandons que tous les enfants nés en 2011 ou plus tard, participer au test d'anémie. Une subtance de l'anémelle de 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 painais été utilisé aupravant et il sers jet de près chaque test. Le seng sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en chors de l'équipe de l'enquête. Si les tes pour le diagnostie d'arbise en montre que votre enfant à une anémie sévere, c'est-à-dire si l'enfant un niveau d'hémoglobine inférieur à 8gidi, il sera référé dans un établissement de soin pour diagnostie et prisse en charge. Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ? CONSENTEMENT DU PARENTADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST DE PALUDISME DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME U Dans cadre de cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test d'evelopere des programmes pour prévair le paludisme. Le pouver de les d'anémis dans tout les pars de l'anéme le paludisme. Le pouver de les d'anémis dans tout le pays participent au test de vevlopere des programmes pour prévair le paludisme. Nous demandons que tous les enfants nés en 2011 ou plus tard participent au test de pâludisme inclus dans cette enquête sont developere des programmes pour prévair le paludisme. Nous demandons que tous les enfants n		COLONNE I DO TABLEAU WEINAGE .	(INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	(INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	(INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ		
LE TEST D'ANÈMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE. L'anémie est un problème de santé sérieux qui rèsulte génerielement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'alder le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Nous demandons que tous les enfants na éen 2011 1.0 up lus tant, 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 ansa risque. Il n'a jamais éte utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué but de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête. Si le test pour le diagnosté d'anémie montre que votre enfant à une anémie sèveire, c'est-à-dire si l'enfant un niveau d'hémoglobine inférieur à 8g/dl, il sera référé dans un établissement de soin pour diagnostic et prisse en charge. Avez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ? **CONSENTEMENT DU PARENT/AUTRE 3 ACCORDÉ 1 SIGNATURE) 2 REFUS 2 2 REFUS 2 2 REFUS 2 2 REFUS 2 2 REFUS 3 RESENT/AUTRE 3 ASSENT/AUTRE 3 ASSEN		CONSENTEME	NT DU PARENT/ADULTE RESPO	NSABLE POUR LE TEST D'ANÉM	MIE		
Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête. Si le test pour le diagnostic d'anémie montre que votre enfant à une anémie sévère, c'està-dire si l'enfant un niveau d'hémoglobine inférieur à 8g/dl, il sera référé dans un établissement de soin pour diagnostic et prise en charge. Avez-vous des questions à me poser ? Yous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ? ***ACCORDÉ*** ACCORDÉ*** ABSENT/AUTRE** 3 ABSENT/AUTRE** 3 ABSENT/AUTRE** 3 ABSENT/AUTRE** 3 ABSENT/AUTRE** 3 ABSENT/AUTRE** ABSENT/AUTRE** Dans cadre de cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test L'EST DE PALUDISME Dans cadre de cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test de velopper des programmes pour prévenir le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqüre d'un moustique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir le paludisme. Nous demandons que tous les enfants nés en 2011 ou plus tard participent au test de paludisme inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talno, Nous utiliseronis le sang que la même piqüre au même doigt que pour le test d'anémieu lous pour le set le stédes. Les résultats vous seront communiqués tout de suite. Un traitement Les enfants avec paludisme parve seront presidentement et ser set d'anémieu le pour le test. C'est volre décision. Autorisez-vous (BORDÉ** ACCORDÉ** ACCOR	111	LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE	L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Nous demandons tous les enfants nés en 2011, ou plus tard, participent au test d'anémie inclus dans cette enquê donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipemer				
Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ? ACCORDÉ			Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête . Si le test pour le diagnostic d'anémie montre que votre enfant à une anémie sévère, c'est-à-dire si l'enfant un niveau d'hémoglobine inférieur à 8g/dl, il sera référé dans un établissement de				
SIGNATURE SIGN							
SIGNEZ. (SIGNATURE) REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3 REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3			Autorisez-vous (NOM DE L'ENFA	NT) à participer au test d'anémie ?			
CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST DE PALUDISME CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST DE PALUDISME DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME	112		ACCORDÉ 17	ACCORDÉ 1 7	ACCORDÉ17		
DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE. Dans cadre de cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifiler 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. Nous demandons que tous les enfants nés en 2011 ou plus tard participent au test de paludisme inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Nous utiliserons le sang de la même piqûre au même doigt que pour le test d'anémie. Une goutte de sang sera testée pour le paludisme immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Un traitement. Les enfants avec paludisme grave seront référés à un établissement de santé. Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyés à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête. Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme? 114 ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNATURE) REFUS			REFUS2	REFUS2 J	REFUS 2 J		
Deur 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. Nous demandons que tous les enfants nés en 2011 ou plus tard participent au test de paludisme inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Nous utiliserons le sang de la même piqûre au même doigt que pour le test d'anémie. Une goutte de sang sera testée pour le paludisme immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Un traitement. Les enfants avec paludisme grave seront référés à un établissement de santé. Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyés à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête. Avez-vous des questions à me poser? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme? ACCORDÉ 1 GIGNATURE) REFUS 2 REFUS 2 REFUS 2 ACCORDÉ 1 GIGNATURE) REFUS 2 REFUS		CONSENTEMENT	DU PARENT/ADULTE RESPONS	I SABLE POUR LE TEST DE PALUC	DISME		
inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Nous utiliserons le sang de la même piqûre au même doigt que pour le test d'anémie. Une goutte de sang sera testée pour le paludisme immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Un traitement sera proposé aux enfants présentant un paludisme simple s'ils ne sont pas déjà sur traitement. Les enfants avec paludisme grave seront référés à un établissement de santé. Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyés à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête. Avez-vous des questions à me poser? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme? ACCORDÉ 1 ACCORDÉ 1 ACCORDÉ 1 GIGNATURE) (SIGNATURE) REFUS 2 REFUS 2	113	LE TEST DE PALUDISME AU	pour vérifier s'ils ont ou non le pa un parasite transmis par la piqûre	ludisme. Le paludisme est un proble d'un moustique. Cette enquête aid	ème de santé sérieux causé par		
Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme? 114 ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ. ACCORDÉ			inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Nous utiliserons le sang de la même piqûre au même doigt que pour le test d'anémie. Une goutte de sang sera testée pour le paludisme immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Un traitement sera proposé aux enfants présentant un paludisme simple s'ils ne sont pas déjà sur traitement. Les enfants avec paludisme grave seront référés à un établissement de santé. Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyés à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués. Les résultats sont				
114 ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ. ACCORDÉ 1 ACCORDÉ 1 SIGNATURE) (SIGNATURE) (SIGNATURE) REFUS 2 REFUS 2							
SIGNEZ. (SIGNATURE) (SIGNATURE) (SIGNATURE) (SIGNATURE) REFUS REFUS 2 REFUS			Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme?				
REFUS 2 REFUS 2 REFUS 2 REFUS 2	114						
			REFUS2	REFUS2 J	REFUS2 J		

		,				
101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.					
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3		
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE.	NUMÉRO DE LIGNE	NUMÉRO DE LIGNE	NUMÉRO DE LIGNE		
	NOM DE LA COL. 2	NOM	NOM	NOM		
115	CONSENTEMENT DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU	DU PARENT/ADULTE RESPONS	SABLE POUR LA COLLECTE DES dons aussi à des gens dans tout le			
110	PARENT/ADULTE POUR LA COLLECTE DE DBS.	-	e le sida. Le test du VIH est effectué			
		Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus de) gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrons donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat du test de (NOM DE L'ENFANT). Si vous voulez savoir si (NOM DE L'ENFANT) a ou non le VIH, je peux vous fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai également un coupon pour pouvoir bénéficier de services gratuits dans ces centres. Avez-vous des questions à me poser ?				
		Vous pouvez dire oui ou non pou Autorisez-vous (NOM DE L'ENFA	NT) à donner du sang pour le test (du VIH ?		
116	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 7 (SIGNATURE) REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 (SIGNATURE) REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 7 (SIGNATURE) REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3		
	CONSENTEMENT DU	PARENT/ADULTE RESPONSABL	L LE POUR DES TESTS SUPPLÉME	NTAIRES		
117	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES.	sanguins pour des tests ou reche pourront être effectués. Ces tests L'échantillon de sang ne sera lié à d'identifier (NOM DE L'ENFANT).	I r' l'ISTEEBU à conserver au labora rches supplémentaires. Nous ne sa s seront nécessaires pour l'intérêt c à aucun nom ni à aucune autre don Vous n'êtes pas obligé d'accepter. pour une utilisation future, (NOM E	avons pas exactement quels test lu pays. unée qui pourrait permettre Si vous ne voulez pas qu'un		
		participer au test du VIH de cette Est-ce-que vous nous donnez l'au supplémentaires ?	enquête. utorisation de conserver un échantil	lon de sang pour des tests		
118	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ,	ACCORDÉ 1	ACCORDÉ 1	ACCORDÉ 1		
	SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO D'AGENT DE TERRAIN	(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN)	(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN)	(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN)		
		ABSENT/AUTRE 3	ABSENT/AUTRE 3	ABSENT/AUTRE 3		
119	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNI CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/I		S TESTS POUR LESQUELS VOUS	S AVEZ OBTENU LE		
120	TESTS SUPPLÉMENTAIRES.	VÉRIFIEZ 118.	VÉRIFIEZ 118.	VÉRIFIEZ 118.		
		SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.	SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.	SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.		

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.					
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3		
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE.	NUMÉRO DE LIGNE	NUMÉRO DE LIGNE	NUMÉRO DE LIGNE		
	NOM DE LA COL. 2	NOM	NOM	NOM		
121	PLACEZ LES ÉTIQUETTES CODE BARRE.	LEZ LA 1re ÉTIQUETTE	LEZ LA 1re ÉTIQUETTE	LEZ LA 1re ÉTIQUETTE		
		CODE BARRE.	CODE BARRE.	CODE BARRE.		
		ABSENTE 99994 A REFUSÉ 99995 AUTRE 99996	ABSENTE99994 A REFUSÉ99995 AUTRE99996	ABSENTE99994 A REFUSÉ99995 AUTRE99996		
		COLLEZ LA 2eme ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE TDR , LA 3ème SUR LA LAME GOUTTE ÉPAISSE, LA 4ème SUR LA LAME FROTTIS MINCE, LA 5ème SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENFANT, LA 6ème SUR LA FICHE DE TRANSMISSION PALU ET LA 7ème SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DBS	COLLEZ LA 2eme ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE TDR , LA 3ème SUR LA LAME GOUTTE ÉPAISSE, LA 4ème SUR LA LAME FROTTIS MINCE, LA 5ème SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENFANT, LA 6ème SUR LA FICHE DE TRANSMISSION PALU ET LA 7ème SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DBS	COLLEZ LA 2eme ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE TDR , LA 3ème SUR LA LAME GOUTTE ÉPAISSE, LA 4ème SUR LA LAME FROTTIS MINCE, LA 5ème SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENFANT, LA 6ème SUR LA FICHE DE TRANSMISSION PALU ET LA 7ème SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DBS		
122	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME.	G/DL	G/DL	G/DL		
123	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ	TESTÉ	TESTÉ		
124	ENREGISTREZ LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF FALCIPARUM 1 POSITIF VIVAX 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX 3 (ALLEZ À 127) NÉGATIF 4 AUTRE 6	POSITIF FALCIPARUM 1 POSITIF VIVAX 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX 3 (ALLEZ à 127) NÉGATIF 4 AUTRE 6	POSITIF FALCIPARUM . 1 ¬ POSITIF VIVAX 2 ¬ POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX 3 ¬ (ALLEZ À 127) NÉGATIF 4 AUTRE 6		
125	VÉRIFIEZ 122: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE		

101		E. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.				
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3		
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE.	NUMÉRO DE LIGNE	NUMÉRO DE LIGNE	NUMÉRO DE LIGNE		
	NOM DE LA COL. 2	NOM	NOM	NOM		
126	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.	Votre enfant est sérieusement i immédiatement.	mie montre que (NOM DE L'ENFAI malade et doit être amené à un éta	,		
		ALL	EZ À 137			
127	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants:					
	a Faiblesse extrême?	FAIBLESSE EXTRÊMI A	FAIBLESSE EXTRÊMI A	FAIBLESSE EXTRÊMI A		
	b Problèmes cardiaques?	PROBLÈME CARDIAQU . B	PROBLÈME CARDIAQU . B	PROBLÈME CARDIAQU . B		
	c Perte de conscience?	PERTE CONSCIENCE C	PERTE CONSCIENCE C	PERTE CONSCIENCE C		
	d Respiration rapide ou difficulté de respirer?	RESPIRATION RAPID D	RESPIRATION RAPID D	RESPIRATION RAPID D		
	e Convulsions?	CONVULSIONS E	CONVULSIONS E	CONVULSIONS E		
	f Saignements anormaux?	SAIGNEMENTS F	SAIGNEMENTS F	SAIGNEMENTS F		
	g Jaunisse/peau jaune ?	JAUNISSE G	JAUNISSE G	JAUNISSE G		
	h Urine foncée?	URINE FONCÉI H	URINE FONCÉI H	URINE FONCÉI H		
	SI AUCUN DES SYMPTÔMES CI- DESSUS, ENCERCLEZ CODE Y.	AUCUN DES . Y SYMPTÔMES CI- DESSUS	AUCUN DES . Y SYMPTÔMES CI- DESSUS	AUCUN DES . Y SYMPTÔMES CI- DESSUS		
128	VÉRIFIEZ 127: Y A-T-IL UN CODE A-H ENCERCLÉ ?	UN CODE A-H ENCERCLI 1 (ALLEZ À 130) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ 2	UN CODE A-H ENCERCLI1 (ALLEZ À 130) ← SEUL CODE Y ENCERCLI2	UN CODE A-H ENCERCLI1 (ALLEZ À 130) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ2		
129	VÉRIFIEZ 122: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL1	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DI1	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DI1		
		8.0 G/DL OU PLUS	8.0 G/DL OU PLUS 2 — ABSENT	8.0 G/DL OU PLUS		
130	DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.	Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme grave. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être améné tout de suite à un établissement de santé. ALLEZ À 136				
131	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la CTA donné par un médecin, un centre de santé ou un agent de santé communautaire pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE	OUI	OUI	OUI		
	TRAITEMENT.					

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.								
			ENFANT 1		ENFANT	2		ENFANT 3	
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE.		ÉRO DE		NUMÉRO DE LIGNE		_	RO DE	
	NOM DE LA COL. 2	NOM			NOM		NOM		
132	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE LA CTA.	vous (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. ALLEZ À 136						
133	LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.	gratui quelq médic	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 plait, si vous acceptez, ou non, le médicament.						
134	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE.	ACI (SI REFU	CAMENT CEPTÉ		MÉDICAMENT ACCEPTÉ (SIGNATURE) REFUS AUTRE (ALLEZ À 13	2 7	(SIC	CAMENT CEPTÉ GNATURE) S E (ALLEZ À 137)	2 7
135	TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF.	INSTRUCTION POUR LE DOSAGE POIDS (en Kg)/ÄGE TRAITEMENT					— 		
		!	1 0150 (011 Ng)//NOL		104				!!
			4,5 à 8 kg (6 -11 mois)		Jour 1 1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprir 25 mg d'Artésuna 67.5 mg d'Amodiac (Plaquette Bande Ro	né de ate et quine e à	Jour 3 1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)	
			9 -17 kg (1-5 ans)		Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)	Comprimé 50 mg d'Artésuna 135 mg d'Amodiad (Plaquette	ate et quine	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)	
		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 têter, 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.				_ '			
136	ENREGISTREZ LE CODE RÉSULTAT DU TRAITEMENT POUR LE PALUDISME OU DE LA FICHE DE REFERENCE.	MÉDICAMENT DONNI							
137	RETOURNEZ À Q.103 À LA COLONNE SUIVA S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 201.	ANTE DE	E CE QUESTIONNAIRE O)U À	LA PREMIERE COL	ONNE DE L	A PAGE	SUIVANTE;	

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE.	NUMÉRO DE LIGNE	NUMÉRO DE LIGNE	NUMÉRO DE LIGNE
	NOM DE LA COL. 2	NOM	NOM	NOM
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE: COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (JOUR, MOIS ET ANNÉE) DU TABLEAU DES NAISSANCES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE: DEMANDEZ: Quelle est la date de naissance de (NOM)?	JOUR	JOUR	JOUR
104	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2011-2016?	OUI	OUI	OUI
105	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG	KG	KG
106	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM	CM	CM
107	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ	ALLONGÉ	ALLONGÉ
107A	PÉRIMÈTRE BRACHIAL EN CENTIMÈTRES.	CM	CM	CM
108	MESUREUR: INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO D'AGENT DE TERRAIN.	L'AGENT DE TERRAIN	L'AGENT DE TERRAIN	L'AGENT DE TERRAIN

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6	
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE.	NUMÉRO DE LIGNE	NUMÉRO DE LIGNE	NUMÉRO DE LIGNE	
	NOM DE LA COL. 2	NOM	NOM	NOM	
109	VÉRIFIEZ 103: EST-CE QUE L'ENFANT A 0- 5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ DURANT LE MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS 1 → (ALLEZ À 137) ← PLUS ÂGÉ	0-5 MOIS	0-5 MOIS	
110	No DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE .	No DE LIGNE	No DE LIGNE	No DE LIGNE	
	CONSENTEME	NT DU PARENT/ADULTE RESPO	,	,	
111	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE.	Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Nous demandons que tous les enfants nés en 2011, ou plus tard, participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête. Si le test pour le diagnostic d'anémie montre que votre enfant à une anémie sévère, c'est-à-dire si l'enfant un niveau d'hémoglobine inférieur à 8g/dl, il sera référé dans un établissement de soin pour diagnostic et prise en charge. Avez-vous des questions à me poser? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?			
112	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 (SIGNATURE) REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3	ACCORDÉ 1	ACCORDÉ	
	CONSENTEMENT	DU PARENT/ADULTE RESPONS	ABLE POUR LE TEST DE PALUD	DISME	
113	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE.	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. Nous demandons que tous les enfants nés en 2011 ou plus tard participent au test de paludisme inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Nous utiliserons le sang de la même piqûre au même doigt que pour le test d'anémie. Une goutte de sang sera testée pour le paludisme immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Un traitement sera proposé aux enfants présentant un paludisme simple s'ils ne sont pas déjà sur traitement. Les enfants avec paludisme grave seront référés à un établissement de santé. Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyés à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête. Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme?			
114	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 (SIGNATURE) REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3	ACCORDÉ	ACCORDÉ 1 (SIGNATURE) REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3	

		·				
		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6		
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE.	NUMÉRO DE LIGNE	NUMÉRO DE LIGNE	NUMÉRO DE LIGNE		
	NOM DE LA COL. 2	NOM	NOM	NOM		
	CONSENTEMENT	DU PARENT/ADULTE RESPONS	CARLE BOUR LA COLLECTE DES	2 DDC		
115	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR LA COLLECTE DE	Dans cette enquête, nous deman VIH. Le VIH est le virus qui cause	dons aussi à des gens dans tout le e le sida. Le test du VIH est effectué	pays de participer au test du		
	DBS.	combien de personnes ont contra	acté le virus.			
		Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus de) gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrons donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat du test de (NOM DE L'ENFANT). Si vous voulez savoir si (NOM DE L'ENFANT) a ou non le VIH, je peux vous fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai également un coupon pour pouvoir bénéficier de services gratuits dans ces centres.				
		Avez-vous des questions à me po Vous pouvez dire oui ou non pou				
		·	NT) à donner du sang pour le test d	du VIH ?		
116	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 17	ACCORDÉ 1 7	ACCORDÉ 1 7		
		(SIGNATURE) REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3	(SIGNATURE) REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3	(SIGNATURE) REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3		
	CONSENTEMENT DU	PARENT/ADULTE RESPONSABL				
117	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES.	Nous vous demandons d'autorise sanguins pour des tests ou reche	T er l'ISTEEBU à conserver au labora rches supplémentaires. Nous ne sa s seront nécessaires pour l'intérêt c	I toire une partie des échantillons avons pas exactement quels test		
		d'identifier (NOM DE L'ENFANT).	à aucun nom ni à aucune autre don Vous n'êtes pas obligé d'accepter. pour une utilisation future, (NOM E enquête.	Si vous ne voulez pas qu'un		
		Est-ce-que vous nous donnez l'au supplémentaires ?	utorisation de conserver un échantil	llon de sang pour des tests		
118	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO D'AGENT DE TERRAIN	ACCORDÉ 1 REFUS 2	ACCORDÉ	ACCORDÉ		
		(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN) ABSENT/AUTRE 3	(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN) ABSENT/AUTRE	(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN) ABSENT/AUTRE 3		
119	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNI		S TESTS POUR LESQUELS VOUS	S AVEZ OBTENU LE		
	CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/	LES TESTS.				
120	TESTS SUPPLÉMENTAIRES.	VÉRIFIEZ 118.	VÉRIFIEZ 118.	VÉRIFIEZ 118.		
		SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.	SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.	SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.		

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE.	NUMÉRO DE LIGNE	NUMÉRO DE LIGNE	NUMÉRO DE LIGNE
	NOM DE LA COL. 2	NOM	NOM	NOM
121	PLACEZ LES ÉTIQUETTES CODE BARRE.	LEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE. ABSENTE	LEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE. ABSENTE99994 A REFUSÉ99995	LEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE. ABSENTE99994 A REFUSÉ99995
		AUTRE	AUTRE	AUTRE
122	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME.	G/DL	G/DL 995 AUTRE 996	G/DL 995 AUTRE 996
123	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ	TESTÉ	TESTÉ
124	ENREGISTREZ LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF FALCIPARUM 1 POSITIF VIVAX 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX 3 (ALLEZ À 127) NÉGATIF 4 AUTRE 6	POSITIF FALCIPARUM . 1 POSITIF VIVAX 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX 3 (ALLEZ À 127) NÉGATIF 4 AUTRE 6	POSITIF FALCIPARUM 1 1 POSITIF VIVAX 2 - POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX 3 (ALLEZ À 127) NÉGATIF 4 AUTRE 6
125	VÉRIFIEZ 122: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 137)	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 8.0 G/DL OU PLUS 2- ABSENT 3- REFUS 4- AUTRE 6- (ALLEZ À 137)

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6		
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE.	NUMÉRO DE LIGNE	NUMÉRO DE LIGNE	NUMÉRO DE LIGNE		
	NOM DE LA COL. 2	NOM	NOM	NOM		
126	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.	Votre enfant est sérieusement	mie montre que (NOM DE L'ENFAI malade et doit être amené à un éta EZ À 137			
127	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants:					
	a Faiblesse extrême?	FAIBLESSE EXTRÊMI A	FAIBLESSE EXTRÊMI A	FAIBLESSE EXTRÊMI A		
	b Problèmes cardiaques?	PROBLÈME CARDIAQU . B	PROBLÈME CARDIAQU . B	PROBLÈME CARDIAQU . B		
	c Perte de conscience?	PERTE CONSCIENCE C	PERTE CONSCIENCE C	PERTE CONSCIENCE C		
	d Respiration rapide ou difficulté de respirer?	RESPIRATION RAPID D	RESPIRATION RAPID D	RESPIRATION RAPID D		
	e Convulsions?	CONVULSIONS E	CONVULSIONS E	CONVULSIONS E		
	f Saignements anormaux?	SAIGNEMENTS F	SAIGNEMENTS F	SAIGNEMENTS F		
	g Jaunisse/peau jaune ?	JAUNISSE G	JAUNISSE G	JAUNISSE G		
	h Urine foncée?	URINE FONCÉI H	URINE FONCÉI H	URINE FONCÉI H		
	SI AUCUN DES SYMPTÔMES CI- DESSUS, ENCERCLEZ CODE Y.	AUCUN DES . Y SYMPTÔMES CI- DESSUS	AUCUN DES . Y SYMPTÔMES CI- DESSUS	AUCUN DES . Y SYMPTÔMES CI- DESSUS		
128	VÉRIFIEZ 127: Y A-T-IL UN CODE A-H ENCERCLÉ ?	UN CODE A-H ENCERCLI	UN CODE A-H ENCERCLI1 (ALLEZ À 130) ← SEUL CODE Y ENCERCLI2	UN CODE A-H ENCERCLI		
129	VÉRIFIEZ 122: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL 1	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DI 1	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DI1		
		8.0 G/DL OU PLUS 2— ABSENT	8.0 G/DL OU PLUS 2 — ABSENT 3 — REFUS 4 — AUTRE	8.0 G/DL OU PLUS 2 — ABSENT 3 — REFUS 4 — AUTRE 6 — (ALLEZ À 131)		
130	DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.	Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme grave. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être améné tout de suite à un établissement de santé.				
		ALLEZ À 136				
131	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la CTA donné par un médecin, un centre de santé ou un agent de santé communautaire pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE	OUI	OUI	OUI 1 NON27 (ALLEZ À 133)		
	TRAITEMENT.					

			ENFANT 4	ENFANT	5		ENFANT 6	
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE.	_	RO DE	NUMÉRO DE LIGNE		NUMÉI LIGNE	RO DE	
	NOM DE LA COL. 2	NOM		NOM		NOM		_
132	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE LA CTA.	vous o	m'avez dit que (NOM DE donner une CTA supplém t a de la fièvre pendant 2 de santé le plus proche p	entaire. Cependant, le to ours après la dernière d	est montre qu dose de CTA,	'il/elle a d	du paludisme. Si votr	re
133	LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.	gratuit quelqu médic	t du paludisme montre qu tement des médicaments. Les jours, il n'aura plus de ament à l'enfant. C'est vo ament.	Le médicament est ap fièvre, ni d'autres symp	pelé CTA.La (otômes. Vous	CTA est t n'êtes pa	rès efficace et d'ici as obligé de donner l	
134	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE.	(SIGNATURE) (AUTRE) (AUTRE)<		EPTÉ	2 ¬			
135	TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF.	<u>-</u>		INSTRUCTION POUR				_
		ļį	POIDS (en Kg)/ÄGE		TRAITEME	ENT		֓֞֞֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֓֡֓֓֓֡֓֓֡֓
			4,5 à 8 kg (6 -11 mois)	1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprir 25 mg d'Artésuna 67.5 mg d'Amodiad (Plaquette Bande Ro	né de ate et quine e à	Jour 3 1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)	
			9 -17 kg (1-5 ans)	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)	Comprimé 50 mg d'Artésuna 135 mg d'Amodiad (Plaquette	ate et quine	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)	
		fièv s'ag	ES AUSSI AU PARENT/A re élevée, une respiration grave ou s'il ne va pas m un professionnel de sant	difficile ou rapide, s'il ne eux dans les deux jours	e peut pas bo	ire ou tét	ter, si son état	<u>-</u> '
136	ENREGISTREZ LE CODE RÉSULTAT DU TRAITEMENT POUR LE PALUDISME OU DE LA FICHE DE REFERENCE.	MÉDIO REFE PAL REFE ENI DÉ	CAMENT DONNI	MÉDICAMENT REF REFERE POUR PALUDISME GRA REFERE POUR ENFANT PRENA DÉJÀ DE LA CTA	FUE 2 AVE 3 INT A 4	MÉDIC REFEF PALI REFEF ENF. DÉJ	AMENT DONNI AMENT REFUS RE POUR UDISME GRAVE RE POUR ANT PRENANT À DE LA CTA	3
137	RETOURNEZ À Q.103 À LA COLONNE SUIVA S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 201.	NTE DE	CE QUESTIONNAIRE C	U À LA PREMIERE CO	LONNE DE L	A PAGE	SUIVANTE;	

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

201	DE TOUTES LES FEMI	E 9 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVE MES ÉLIGIBLES AUX QUESTIONS 202 MMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONI	, 203 ET 204.	ÂGE ET LE STATUT MATRIMONIAL
		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
202	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE :			
	No DE LIGNE DE LA COLONNE 9. NOM DE LA COLONNE 2.	No DE LIGNE	No DE LIGNE	No DE LIGNE
203	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 7 (ÂGE) :	15-17 ANS	15-17 ANS	15-17 ANS
204	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 8 (STATUT MATRIMONIAL):	CODE 4 (JAMAIS EN UNION . 1 AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION). 1 AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION). 1 AUTRE 2
205	POIDS EN			
203	KILOGRAMMES.	KG	KG	KG
		ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996	ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996	ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996
206	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	см	см	см
		ABSENTE 9994 REFUS .9995 AUTRE .9996	ABSENTE 9994 REFUS .9995 AUTRE .9996	ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996
206A	PÉRIMÈTRE BRACHIAL EN CENTIMÈTRES.	см	см	см
		ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996	ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996	ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996
207	MESUREUR: INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO D'AGENT DE TERRAIN.	L'AGENT DE TERRAIN	L'AGENT DE TERRAIN	L'AGENT DE TERRAIN
208	VÉRIFIEZ 203 : ÂGE	15-17 ANS	15-17 ANS	15-17 ANS
209	VÉRIFIEZ 204 : STATUT MATRIMONIAL	CODE 4 (JAMAIS EN UNION 1 7 (ALLEZ À 216) 4 AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION). 1 (ALLEZ À 216) 4	CODE 4 (JAMAIS EN UNION). 1 (ALLEZ À 216) AUTRE

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM	NOM	NOM
		CONSENTEMENT DE L'ENQUÊT	ÉE ADULTE POUR LE TEST D'AN	IÉMIE
210	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE.	problème de santé sérieux qui résulte chronique. Les résultats de cette enqui prévenir et traiter l'anémie. Pour le test d'anémie, nous avons bes propre et sans risque. Il n'a jamais été l'anémie immédiatement et le résultat	est. C'est votre décision.	re, d'infection ou de maladie nt à développer des programmes pour r ce test, on utilise un équipement naque test. Le sang sera testé pour es résultats sont strictement
211	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ	ACCORDÉ	ACCORDÉ
211A	VÉRIFIEZ 226 DANS QUESTIONNAIRE FEMME OU DEMANDEZ : Êtes-vous enceinte ?	OUI	OUI	OUI
	C	ONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE	ADULTE POUR LA COLLECTE I	DE DBS
212	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE DE DBS .	DAISENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE ADULTE POUR LA COLLECTE DE DBS Dans cette enquête, nous demandons aussi à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH. Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus de) gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrons donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat. Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH, je peux vous fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai aussi un coupon pour bénéficier, vous (et votre partenaire si vous le souhaitez), de services gratuits dans ces centres. Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Voulez-vous donner du sang pour le test du VIH ?		
213	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO D'AGENT DE TERRAIN	ACCORDÉ	ACCORDÉ	ACCORDÉ

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM	NOM	NOM
	CONSI	ENTEMENT DE L'ENQUETÉE ADL	JLTE POUR DES TESTS SUPPLÉ	MENTAIRES
214	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES	des tests ou recherches supplémenta tests seront nécessaires pour l'intérêt L'échantillon de sang ne sera lié à au Vous n'êtes pas obligée d'accepter. S utilisation future, vous pouvez quand	STEEBU à conserver au laboratoire une ires. Nous ne savons pas exactement q du pays. cun nom ni à aucune autre donnée qui pi vous ne voulez pas qu'un échantillon omême participer au test du VIH dans le isation de conserver un échantillon de s	pourrait permettre de vous identifier. de sang soit conservé pour une cadre de cette enquête.
215	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ	ACCORDÉ	ACCORDÉ
216	INSCRIVEZ LE NO DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ADOLESCENT.	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)
	CONSEN	TEMENT DU PARENT/ADULTE F	RESPONSABLE POURLET	EST D'ANÉMIE
217	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR LE TEST D'ANÉMIE.	un problème de santé sérieux qui rési chronique. Les résultats de cette enqu prévenir et traiter l'anémie. Pour le test d'anémie, nous avons bes propre et sans risque. Il n'a jamais été l'anémie immédiatement et le résultat	otre décision.	uvre, d'infection ou de maladie nt à développer des programmes pour r ce test, on utilise un équipement naque test. Le sang sera testé pour DM DU MINEUR} tout de suite. Les

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM	NOM	NOM
218	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ	ACCORDÉ	ACCORDÉ
		(SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 221)	(SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 221)	(SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 221)
		ABSENT3 → (ALLEZ À 221) ←	ABSENT3 → (ALLEZ À 221) ←	ABSENT3 → (ALLEZ À 221) ←

		CONSENTEMENTDE L'ENQUÊT	É MINEUR POUR LE TEST D'ANÉ	MIE
219	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ POUR LE TEST D'ANÉMIE.	Dans cette enquête, nous demandons problème de santé sérieux qui résulte chronique. Les résultats de cette enqui prévenir et traiter l'anémie. Pour le test d'anémie, nous avons bes propre et sans risque. Il n'a jamais été l'anémie immédiatement et le résultat	s à des gens dans tout le pays de partici généralement d'une alimentation pauvr uête permettront d'aider le gouvernemer soin de gouttes de sang d'un doigt. Pour è utilisé auparavant et sera jeté après ch vous sera communiqué à vous et à (N' ésultats sont strictement confidentiels et ?	per au test d'anémie. L'anémie est un re, d'infection ou de maladie nt à développer des programmes pour rece test, on utilise un équipement raque test. Le sang sera testé pour OM DU PARENT/ADULTE
220	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ	ACCORDÉ	ACCORDÉ
220A	VÉRIFIEZ 226 DANS QUESTIONNAIRE FEMME OU DEMANDEZ : Êtes-vous enceinte ?	OUI	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI

CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LA COLLECTE DE D B S DEMANDEZ LE Dans cette enquête, nous demandons aussi à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est CONSENTEMENT DU contracté le virus. PARENT/ADULTE

POUR LA COLLECTE

le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont

Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus de) gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrons donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat du test de (NOM DU MINEUR). Si (NOM DU MINEUR) veut savoir s'il a ou non le VIH, je peux vous fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai également un coupon pour pouvoir bénéficier de services gratuits dans ces centres.

Avez-vous des questions à me poser ?

Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.

Autorisez-vous (NOM DU MINEUR) à donner du sang pour le test du VIH ?

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM	NOM	NOM
222	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	ACCORDÉ	ACCORDÉ	ACCORDÉ
		(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No L'AGENT DE TERRAIN) (SI REFUS, ALLEZ À 229) ABSENTE/AUTRE 3 ¬	(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No L'AGENT DE TERRAIN) (SI REFUS, ALLEZ À 229) ABSENTE/AUTRE 3 ¬	(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No L'AGENT DE TERRAIN) (SI REFUS, ALLEZ À 229) ABSENTE/AUTRE 3 ¬
		(ALLEZ À 229) ←	(ALLEZ À 229) ←	(ALLEZ À 229) ←
		CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ	MINEUR POUR LA COLLECTE D	E DBS
223	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ MINEUR POUR LA COLLECTE DE DBS.	Le VIH est le virus qui cause le sida. I personnes ont contracté le VIH.	s aussi à des gens dans tout le pays de Le test du VIH est effectué dans cette en in de [plus de] gouttes de sang d'un doig	nquête pour savoir combien de
	COLLEGIE DE DES.	équipement propre et sans risque. Il r sera lié au prélèvement de sang et no pourra, non plus, connaître le résultat des centres [les plus proches] qui offr	n'de plots dej gouttes de sang d'un objor'a jamais été utilisé auparavant et sera bus ne pourrons donc pas vous donner l . Si vous voulez savoir si vous avez ou l'ent des services de test et de conseils p , vous (et votre partenaire si vous le sou	jeté après chaque test. Aucun nom ne e résultat du test. Personne d'autre ne non le VIH, je peux vous fournir la liste pour le VIH. Je vous donnerai
		Avez-vous des questions à me poser Vous pouvez dire oui ou non. c'est vo Voulez-vous donner du sang pour le t	tre décision.	
224	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ	ACCORDÉ	ACCORDÉ
		(SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 229)	(SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 229)	(SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 229)
		ABSENTE/AUTRE 3 ¬ (ALLEZ À 229) ←	ABSENTE/AUTRE 3 ¬ (ALLEZ À 229) ←	ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 229) ←
	CONSENTE	MENT DU PARENT/ADULTE RESE	PONSABLE POUR DES TESTS SU	JPPLEMENTAIRES
225	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE		STEEBU à conserver au laboratoire une ires. Nous ne savons pas exactement q du pays.	
	POUR DES TESTS	DU MINEUR). Vous n'êtes pas obligé	cun nom ni à aucune autre donnée qui p d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'ur MINEUR) peut quand même participer a	n échantillon de sang soit conservé
		Est-ce-que vous nous donnez l'autoris	sation de conserver un échantillon de sa	ang pour des tests supplémentaires?
226	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉE	ACCORDÉE	ACCORDÉE
		(SI REFUS, ALLEZ À 229)	(SI REFUS, ALLEZ À 229)	(SI REFUS, ALLEZ À 229)

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

	CONS	SENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ MIN	EUR POUR DES TESTS SUPPLÉN	MENTAIRES
227	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÉTÉ MINEUR POUR DES TESTS	des tests ou recherches supplémenta tests seront nécessaires pour l'intérêt L'échantillon de sang ne sera lié à au Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si utilisation future, vous pouvez quand l	TEEBU à conserver au laboratoire une ires. Nous ne savons pas exactement q du pays. cun nom ni à aucune autre donnée qui p vous ne voulez pas qu'un échantillon de même participer au test du VIH de cette sation de conserver un échantillon de sa	uels test pourront être effectués. Ces pourrait permettre de vous identifier . e sang soit conservé pour une enquête.
228	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉE	ACCORDÉE	ACCORDÉE
229		//ENT ET LES FOURNITURES SEULEN CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.	MENT POUR LE/LES TESTS POUR LES	SQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE
230	TESTS SUPPLÉMENTAIRES	SI ENQUÊTÉ ADULTE, VÉRIFIEZ 215; SI ENQUÊTÉ MINEUR, VÉRIFIEZ 226 ET 228. SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE	SI ENQUÊTÉ ADULTE, VÉRIFIEZ 215; SI ENQUÊTÉ MINEUR, VÉRIFIEZ 226 ET 228. SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE	SI ENQUÊTÉ ADULTE, VÉRIFIEZ 215; SI ENQUÊTÉ MINEUR, VÉRIFIEZ 226 ET 228. SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE
231	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE	G/DL	G/DL	G/DL
232	PLACEZ ÉTIQUETTE CODE BARRE.	COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE. ABSENTE 99994 A REFUSÉ 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE. ABSENTE 99994 A REFUSÉ 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE. ABSENTE 99994 A REFUSÉ 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.
233	and the second s	A COLONNE SUIVANTE DE CE QUES PLUS DE FEMMES , ALLEZ À 301.	TIONNAIRE OU À LA PREMIÈRE COL	ONNE D'UN QUESTIONNAIRE

DBS CHEZ LES CHEZ LES HOMMES DE 15-59 ANS

301	MATRIMONIAL DE TOL	E 10 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIV JS LES HOMMES ÉLIGIBLES AUX QUE MMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONI	ESTIONS 302, 303 ET 304.	L'ÂGE ET LE STATUT
		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
302	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE :			
	No DE LIGNE DE LA COLONNE 10.	No DE LIGNE	No DE LIGNE	No DE LIGNE
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM	NOM	NOM
303	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 7 (ÂGE) :	15-17 ANS	15-17 ANS	15-17 ANS
304	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 8 (STATUT MATRIMONIAL):	CODE 4 (JAMAIS EN UNION). 1 AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION). 1 AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION). 1 AUTRE 2
308	VÉRIFIEZ 303 : ÂGE	15-17 ANS	15-17 ANS	15-17 ANS
309	VÉRIFIEZ 304 : STATUT MATRIMONIAL	CODE 4 (JAMAIS EN UNION). 1 (ALLEZ À 316)	CODE 4 (JAMAIS EN UNION). 1 (ALLEZ À 316) AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION). 1 (ALLEZ À 316) 4
	(CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ	ADULTE POUR LA COLLECTE D	E DBS
312	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE DE DBS .	est le virus qui cause le sida. Le test ont contracté le VIH. Pour le test du VIH, nous avons besoi équipement propre et sans risque. Il n sera lié au prélèvement de sang et no pourra, non plus, connaître le résultat liste des centres [les plus proches] qu également un coupon pour bénéficier centres. Avez-vous des questions à me poser	s à des gens dans tout le pays de donne du VIH est effectué dans cette enquête n de (plus de) gouttes de sang d'un doig 'a jamais été utilisé auparavant et sera us ne pourrons donc pas vous donner le . Si vous voulez savoir si vous avez ou i offrent des services de test et de conse vous (et votre partenaire si vous le sou ?	gt. Pour ce test, on utilise un jeté après chaque test. Aucun nom ne e résultat du test. Personne d'autre ne non le VIH, je peux vous fournir la eils pour le VIH. Je vous donnerai ihaitez) de services gratuits dans ces
313	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO D'AGENT DE TERRAIN.	ACCORDÉ	ACCORDÉ	ACCORDÉ

A		CONS	ENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ ADU	LTE POUR DES TESTS SUPPLEM	MENTAIRES
D U L T R E S	314	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES	des tests ou recherches supplémentai tests seront nécessaires pour l'intérêt L'échantillon de sang ne sera lié à auc Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si	TEEBU à conserver au laboratoire une ires. Nous ne savons pas exactement que pays. cun nom ni à aucune autre donnée qui prous ne voulez pas qu'un échantillon de même participer au test du VIH dans le comme de la conserve de la con	uels test pourront être effectués. Ces pourrait permettre de vous identifier. e sang soit conservé pour une
PONDENT			Est-ce que vous nous donnez l'autoris	ation de conserver un échantillon de sa	ng pour des tests supplémentaires ?
C O N S E N T	315	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ	ACCORDÉ	ACCORDÉ
ĺ		_	HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
		NOM DE LA COLONNE 2.	NOM	NOM	NOM
	316	INSCRIVEZ LE No DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ADOLESCENT.	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)
Π		CONSE	NTEMENT DU PARENT/ADULTE F	RESPONSABLE POUR LA COLLE	CTE DE D B S
PARENT RESP AD	321	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR LA COLLECTE	Dans cette enquête, nous demandons le virus qui cause le sida. Le test du V contracté le virus. Pour le test du VIH, nous avons besoi équipement propre et sans risque. Il n sera lié au prélèvement de sang et no ne pourra, non plus, connaître le résul non le VIH, je peux vous fournir la list conseils pour le VIH. Je vous donnera centres. Avez-vous des questions à me poser Vous pouvez dire oui ou non. C'est vo Autorisez-vous (NOM DU MINEUR) à	aussi à des gens dans tout le pays de l'H est effectué dans cette enquête pour n de (plus de) gouttes de sang d'un doig la jamais été utilisé auparavant et sera jus ne pourrons donc pas vous donner le ltat du test de (NOM DU MINEUR). Si (Ne des centres [les plus proches] qui offri i également un coupon pour pouvoir bé l'?	participer au test du VIH. Le VIH est savoir combien de personnes ont gt. Pour ce test, on utilise un jeté après chaque test. Aucun nom ne es résultats du test. Personne d'autre NOM DU MINEUR) veut savoir s'il a ou ent des services de test et de néficier de services gratuits dans ces
ULT CONSENT	322	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	ACCORDÉ	ACCORDÉ	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No L'AGENT DE TERRAIN) (SI REFUS, ALLEZ À 329) ABSENTE/AUTRE 37

Γ,			CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ	MINEUR POUR LA COLLECTE D	E DBS
M-NOR RESPONDENT	323	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ MINEUR POUR LA COLLECTE DE DBS.	est le virus qui cause le sida. Le test ont contracté le VIH. Pour le test du VIH, nous avons besoir équipement propre et sans risque. Il n'sera lié au prélèvement de sang et no pourra, non plus, connaître le résultat. des centres [les plus proches] qui offre	tre décision.	pour savoir combien de personnes gt. Pour ce test, on utilise un jeté après chaque test. Aucun nom ne e résultat du test. Personne d'autre ne non le VIH, je peux vous fournir la liste pour le VIH. Je vous donnerai
T CONSENT	324	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 1 ENQUÊTÉE MINEURE 2 (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 329) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 329)	ACCORDÉ 1 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ 2 (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 329) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 329)	ACCORDÉ
Ī					
			HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
		NOM DE LA COLONNE 2.	NOM	NOM	NOM
		COLONNE 2.	·	NOM	NOM
PARENT RESP ADU	325	COLONNE 2.	NOM MENT DU PARENT/ADULTE RESP Nous vous demandons d'autoriser l'IS des tests ou recherches supplémentai Ces tests seront nécessaires pour l'ini L'échantillon de sang ne sera lié à auc DU MINEUR). Vous n'êtes pas obligé pour une utilisation future, (NOM DU M	NOM PONSABLE POUR DES TESTS SU STEEBU à conserver au laboratoire une ires. Nous ne savons pas exactement qu	PPLÉMENTAIRES partie des échantillons sanguins pour uels tests pourront être effectués. pourrait permettre d'identifier (NOM échantillon de sang soit conservé u test du VIH de cette enquête.

M	CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ MINEUR POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES					
I NOR RESPONDENT	327	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ MINEUR POUR DES TESTS	Nous vous demandons d'autoriser l'ISTEBU à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués. Ces tests seront nécessaires pour l'intérêt du pays. L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre de vous identifier. Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, vous pouvez quand même participer au test du VIH dans le cadre de cette enquête. Est-ce-que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des recherches ou tests supplémentaires ?			
CONSENT	328	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ	ACCORDÉ	ACCORDÉ	
Ī	329	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ C CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.				
	330	TESTS SUPPLÉMENTAIRES	SI ENQUÊTÉ ADULTE, VÉRIFIEZ 315; SI ENQUÊTÉ MINEUR, VÉRIFIEZ 326 ET 328. SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE	SI ENQUÊTÉ ADULTE, VÉRIFIEZ 315; SI ENQUÊTÉ MINEUR, VÉRIFIEZ 326 ET 328. SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE	SI ENQUÊTÉ ADULTE, VÉRIFIEZ 315; SI ENQUÊTÉ MINEUR, VÉRIFIEZ 326 ET 328. SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE	
	332	PLACEZ ÉTIQUETTE CODE BARRE.	COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE. ABSENT 99994 A REFUSÉ 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE. ABSENT 99994 A REFUSÉ 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE. ABSENT 99994 A REFUSÉ 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	
ŀ	333	RETOURNEZ À 302 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIÈRE COLONNE D'UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE; SI PLUS D'HOMMES , TERMINEZ L'INTERVIEW.				

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR/ENQUÊTRICE

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

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE
OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE