

MINISTÈRE DE L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE  
ET DE LA POPULATION  
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INSTAT)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE  
CELLULE DE PLANIFICATION ET DE STATISTIQUE SECTEUR SANTÉ,  
DEVELOPPEMENT SOCIAL ET PROMOTION DE LA FAMILLE (CPS/SSDSPF)

SIXIÈME ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ AU MALI (EDSM-VI 2018)  
QUESTIONNAIRE BIOMARQUEUR

| IDENTIFICATION  |  |       |  |  |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
|---|--|-------|--|--|--|------------|---|----------------------------------|--|--|--|-------------------------------|--|--|--|--|
| NOM DE LA LOCALITÉ _____  |  |       |  |  |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
| NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____   |  |       |  |  |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
| NUMÉRO DE GRAPPE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |       |  |  |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
|   |  |       |  |  |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
|   |  |       |  |  |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
|   |  |       |  |  |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
| NUMÉRO DE CONCESSION .....  |  |       |  |  |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
| NUMÉRO DU MÉNAGE .....  |  |       |  |  |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
| MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ? (1=OUI, 2=NON) .....  |  |       |  |  |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
| VISITES L'AGENT DE TERRAIN  |  |       |  |  |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
|   | 1  | 2     | 3  | VISITE FINALE  |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
| DATE  | _____  | _____ | _____  | JOUR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
|   |  |       |  |  |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
|   |  |       |  |  |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
| NOM DE L'AGENT DE TERRAIN   | _____  | _____ | _____  | MOIS   |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
|   |  |       |  | ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>8</td></tr></table>         | 2  | 0          | 1 | 8                                |  |  |  |                               |  |  |  |  |
| 2   | 0  | 1     | 8  |  |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
| PROCHAINE DATE VISITE   | _____  | _____ |  | NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table>                     |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
|   |  |       |  |  |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
| HEURE   | _____  | _____ |  |  |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
| NOTES:<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____  |  |       |  | TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>         |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
|   |  |       |  |  |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
|   |  |       |  | TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>         |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
|   |  |       |  |  |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
| LANGUE DU QUESTIONNAIRE**   | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td></tr></table> | 0     | 1  | LANGUE DE L'INTERVIEW**  | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> |            |   | LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ** | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  | TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2) | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table> |  |  |  |
| 0   | 1  |       |  |  |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
|   |  |       |  |  |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
|   |  |       |  |  |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
|   |  |       |  |  |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
| LANGUE DU QUESTIONNAIRE**   | <b>FRANÇAIS</b>  |       | **CODES LANGUES :  |  |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
|   |  |       | 01 FRANÇAIS  | 08 MINIANKA  |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
|   |  |       | 02 BAMBARA/MALINKÉ   | 09 TAMACHECK   |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
|   |  |       | 03 SONRAÏ/DJERMA   | 10 BOBO/DAFING   |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
|   |  |       | 04 PEUHL/FOULFOULDÉ  | 11 BOZO/SOMONO   |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
|   |  |       | 05 SÉNOUFO   |  |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
|   |  |       | 06 MARKA/SONINKÉ   | 96 AUTRE   |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
|   |  |       | 07 DOGON   |  |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
|   |  |       |  |  |  | (PRÉCISEZ) |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
| CHEF D'ÉQUIPE   |  |       |  |  |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
| _____   |  |       | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
|   |  |       |  |  |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |
| NOM   |  |       | NUMÉRO   |  |  |            |   |                                  |  |  |  |                               |  |  |  |  |

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET DU TEST DE PALUDISME DES ENFANTS DE 0-5 ANS

|     |   |   |   |   |
|-----|---|---|---|---|
| 101 | VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.   |   |   |   |
|     |   | ENFANT 1  | ENFANT 2  | ENFANT 3  |
| 102 | VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE :<br>NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 .<br><br>NOM DE LA COL. 2   | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____  | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____  | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____  |
| 103 | SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE :<br>COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (JOUR, MOIS ET ANNÉE ) DU TABLEAU DES NAISSANCES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE DEMANDEZ :<br>Quelle est la date de naissance de (NOM) ? | JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANNÉE . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANNÉE . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANNÉE . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 104 | VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2013-2018?   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(ALLEZ À 133) ←   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(ALLEZ À 133) ←   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(ALLEZ À 133) ←   |
| 105 | POIDS EN KILOGRAMMES.   | KG. ... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/><br>ABSENT .....9994<br>REFUS .....9995<br>AUTRE .....9996   | KG. ... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/><br>ABSENT .....9994<br>REFUS .....9995<br>AUTRE .....9996   | KG. ... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/><br>ABSENT .....9994<br>REFUS .....9995<br>AUTRE .....9996   |
| 106 | TAILLE EN CENTIMÈTRES.  | CM. ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/><br>ABSENT .....9994<br>REFUS .....9995<br>AUTRE .....9996<br>(ALLEZ À 108) ←                                  | CM. ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/><br>ABSENT .....9994<br>REFUS .....9995<br>AUTRE .....9996<br>(ALLEZ À 108) ←                                  | CM. ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/><br>ABSENT .....9994<br>REFUS .....9995<br>AUTRE .....9996<br>(ALLEZ À 108) ←                                  |
| 107 | MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?  | ALLONGÉ ..... 1<br>DEBOUT ..... 2   | ALLONGÉ ..... 1<br>DEBOUT ..... 2   | ALLONGÉ ..... 1<br>DEBOUT ..... 2   |
| 108 | MESUREUR: INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>L'AGENT DE TERRAIN   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>L'AGENT DE TERRAIN   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>L'AGENT DE TERRAIN   |

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET DU TEST DE PALUDISME DES ENFANTS DE 0-5 ANS

|     |   |   |   |   |
|-----|---|---|---|---|
| 101 | VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES. |   |   |   |
|     |   | ENFANT 1  | ENFANT 2  | ENFANT 3  |
| 102 | VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE :<br>NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 .<br><br>NOM DE LA COL. 2   | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM .....  | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM .....  | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM .....  |
| 109 | VÉRIFIEZ 103: 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 <input type="checkbox"/><br>(ALLEZ À 133) ←<br><br>PLUS ÂGÉ ..... 2  | 0-5 MOIS ..... 1 <input type="checkbox"/><br>(ALLEZ À 133) ←<br><br>PLUS ÂGÉ ..... 2  | 0-5 MOIS ..... 1 <input type="checkbox"/><br>(ALLEZ À 133) ←<br><br>PLUS ÂGÉ ..... 2  |
| 110 | NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE .  | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>(INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)  | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>(INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)                                      | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>(INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)                                      |
| 111 | DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE.  | <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Nous demandons que tous les enfants nés en 2013, ou plus tard, participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?<br/>Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision.<br/>Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?</p>   |   |   |
| 112 | ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.  | ACCORDÉ ..... 1 <input type="checkbox"/><br>_____ ←<br>(SIGNATURE)<br>REFUS ..... 2 <input type="checkbox"/><br>ABSENTE/AUTRE ..... 3   | ACCORDÉ ..... 1 <input type="checkbox"/><br>_____ ←<br>(SIGNATURE)<br>REFUS ..... 2 <input type="checkbox"/><br>ABSENTE/AUTRE ..... 3 | ACCORDÉ ..... 1 <input type="checkbox"/><br>_____ ←<br>(SIGNATURE)<br>REFUS ..... 2 <input type="checkbox"/><br>ABSENTE/AUTRE ..... 3 |
| 113 | DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE.  | <p>Dans cadre de cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir le paludisme.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2013 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 sous traitement. Les enfants avec paludisme grave seront référés à un établissement de santé.</p> <p>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 ?<br/>Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision.<br/>Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme?</p> |   |   |

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET DU TEST DE PALUDISME DES ENFANTS DE 0-5 ANS

|     |   |   |   |   |
|-----|---|---|---|---|
| 101 | VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES. |   |   |   |
|     |   | ENFANT 1  | ENFANT 2  | ENFANT 3  |
| 102 | VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE :<br>NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 .<br><br>NOM DE LA COL. 2   | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____  | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____  | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____  |
| 114 | ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO D'AGENT DE TERRAIN  | ACCORDÉ ..... 1<br>REFUS ..... 2<br>←<br>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN)<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>ABSENT/AUTRE ..... 3     | ACCORDÉ ..... 1<br>REFUS ..... 2<br>←<br>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN)<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>ABSENT/AUTRE ..... 3 | ACCORDÉ ..... 1<br>REFUS ..... 2<br>←<br>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN)<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>ABSENT/AUTRE ..... 3 |
| 115 | PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.   |   |   |   |
| 116 | INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME   | G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>ABSENT ..... 994<br>REFUS ..... 995<br>AUTRE ..... 996   | G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>ABSENT ..... 994<br>REFUS ..... 995<br>AUTRE ..... 996   | G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>ABSENT ..... 994<br>REFUS ..... 995<br>AUTRE ..... 996   |
| 117 | ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.  | TESTÉ ..... 1<br>ABSENT ..... 2<br>REFUS ..... 3<br>AUTRE ..... 6<br>(ALLEZ À 119) ←  | TESTÉ ..... 1<br>ABSENT ..... 2<br>REFUS ..... 3<br>AUTRE ..... 6<br>(ALLEZ À 119) ←  | TESTÉ ..... 1<br>ABSENT ..... 2<br>REFUS ..... 3<br>AUTRE ..... 6<br>(ALLEZ À 119) ←  |
| 118 | ENREGISTREZ LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.   | POSITIF, Pf ..... 1<br>(ALLEZ À 121) ←<br>NEGATIF ..... 2<br>AUTRE ..... 6  | POSITIF, Pf ..... 1<br>(ALLEZ À 121) ←<br>NEGATIF ..... 2<br>AUTRE ..... 6  | POSITIF, Pf ..... 1<br>(ALLEZ À 121) ←<br>NEGATIF ..... 2<br>AUTRE ..... 6  |
| 119 | VÉRIFIEZ 116: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE  | EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1<br>7.0 G/DL OU PLUS ... 2<br>ABSENT ..... 3<br>REFUS ..... 4<br>AUTRE ..... 6<br>(ALLEZ À 133) ←   | EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1<br>7.0 G/DL OU PLUS ... 2<br>ABSENT ..... 3<br>REFUS ..... 4<br>AUTRE ..... 6<br>(ALLEZ À 133) ←   | EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1<br>7.0 G/DL OU PLUS ... 2<br>ABSENT ..... 3<br>REFUS ..... 4<br>AUTRE ..... 6<br>(ALLEZ À 133) ←   |
| 120 | <b><u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u></b><br><br>ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE DANS LA FICHE DE REFERENCE.  | 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.<br><br>(ALLEZ À 133) |   |   |

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET DU TEST DE PALUDISME DES ENFANTS DE 0-5 ANS

|     |   |   |  |  |
|-----|---|---|--|--|
| 101 | VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.   |   |  |  |
|     |   | ENFANT 1  | ENFANT 2   | ENFANT 3   |
| 102 | VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE :<br>NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 .<br><br>NOM DE LA COL. 2   | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____  | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____   | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____   |
| 121 | Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants:<br>a) Faiblesse extrême?<br>b) Manque d'appétit?<br>c) Vomissement de tout?<br>d) Perte de conscience?<br>e) Respiration rapide ou difficulté de respirer?<br>f) De multiple Convulsions?<br>g) Saignements anormaux?<br>h) Jaunisse/peau jaune ? | OUI NON<br>a) FAIBLESSE EXTRÊME 1 2<br>b) MANQUE D'APPÉTIT 1 2<br>c) VOMISSEMENT 1 2<br>d) PERTE DE CONSCIENCE 1 2<br>e) RESPIRATION RAPIDE 1 2<br>f) CONVULSIONS 1 2<br>g) SAIGNEMENTS 1 2<br>h) JAUNISSE 1 2  | OUI NON<br>a) FAIBLESSE EXTRÊME 1 2<br>b) MANQUE D'APPÉTIT 1 2<br>c) VOMISSEMENT 1 2<br>d) PERTE DE CONSCIENCE 1 2<br>e) RESPIRATION RAPIDE 1 2<br>f) CONVULSIONS 1 2<br>g) SAIGNEMENTS 1 2<br>h) JAUNISSE 1 2 | OUI NON<br>a) FAIBLESSE EXTRÊME 1 2<br>b) MANQUE D'APPÉTIT 1 2<br>c) VOMISSEMENT 1 2<br>d) PERTE DE CONSCIENCE 1 2<br>e) RESPIRATION RAPIDE 1 2<br>f) CONVULSIONS 1 2<br>g) SAIGNEMENTS 1 2<br>h) JAUNISSE 1 2 |
| 122 | VÉRIFIEZ 121:<br>Y-T-IL UN 'OUI' ENCELRÉ?   | NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/><br>(ALLEZ À 125) ←  | NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/><br>(ALLEZ À 125) ←   | NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/><br>(ALLEZ À 125) ←   |
| 123 | VÉRIFIEZ 116: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE  | EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1<br>(ALLEZ À 125) ←<br>7.0 G/DL OU PLUS ... 2<br>ABSENT ..... 3<br>REFUS ..... 4<br>AUTRE ..... 6   | EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL SEVERE ANEMIA ... 1<br>(ALLEZ À 125) ←<br>7.0 G/DL OU PLUS ... 2<br>ABSENT ..... 3<br>REFUS ..... 4<br>AUTRE ..... 6  | EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL SEVERE ANEMIA ... 1<br>(ALLEZ À 125) ←<br>7.0 G/DL OU PLUS ... 2<br>ABSENT ..... 3<br>REFUS ..... 4<br>AUTRE ..... 6  |
| 124 | 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 ?<br>VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.   | OUI ..... 1<br>(ALLEZ À 126) ←<br>NON ..... 2<br>(ALLEZ À 127) ←  | OUI ..... 1<br>(ALLEZ À 126) ←<br>NON ..... 2<br>(ALLEZ À 127) ←   | OUI ..... 1<br>(ALLEZ À 126) ←<br>NON ..... 2<br>(ALLEZ À 127) ←   |
| 125 | <b><u>DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.</u></b><br><br>ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU TEST DE PALUDISME DANS LA FICHE DE REFERENCE.  | Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a le 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.<br><br>(ALLEZ À 131)                   |  |  |
| 126 | DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE LA CTA.   | 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.<br><br>(ALLEZ À 131)                  |  |  |
| 127 | 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 plait, si vous acceptez, ou non, le médicament. |  |  |

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET DU TEST DE PALUDISME DES ENFANTS DE 0-5 ANS

| 101  | VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES. |  |  |  |     |        |  |  |        |        |        |   |                                     |                                     |                                     |  |                                      |                                      |                                      |
|--|---|--|--|--|-----|--------|--|--|--------|--------|--------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
|  |   | ENFANT 1   | ENFANT 2   | ENFANT 3   |     |        |  |  |        |        |        |   |                                     |                                     |                                     |  |                                      |                                      |                                      |
| 102  | VÉRIFIEZ TABLEAU MÉNAGE :<br>NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 .<br><br>NOM DE LA COL. 2   | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____   | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____   | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____   |     |        |  |  |        |        |        |   |                                     |                                     |                                     |  |                                      |                                      |                                      |
| 128  | ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.  | MÉDICAMENT ACCEP1. 1<br>_____<br>(SIGNATURE) ←<br>REFUS ..... 2<br>AUTRE ..... 6   | MÉDICAMENT ACCEP1. 1<br>_____<br>(SIGNATURE) ←<br>REFUS ..... 2<br>AUTRE ..... 6   | MÉDICAMENT ACCEP1. 1<br>_____<br>(SIGNATURE) ←<br>REFUS ..... 2<br>AUTRE ..... 6   |     |        |  |  |        |        |        |   |                                     |                                     |                                     |  |                                      |                                      |                                      |
| 129  | VÉRIFIEZ 128:<br>MÉDICAMENT ACCEPTÉ   | MÉDICAMENT ACCEP1. 1<br>REFUS ..... 2<br>AUTRE ..... 6<br>(ALLEZ À 131) ←  | MÉDICAMENT ACCEP1. 1<br>REFUS ..... 2<br>AUTRE ..... 6<br>(ALLEZ À 130) ←  | MÉDICAMENT ACCEP1. 1<br>REFUS ..... 2<br>AUTRE ..... 6<br>(ALLEZ À 130) ←  |     |        |  |  |        |        |        |   |                                     |                                     |                                     |  |                                      |                                      |                                      |
| 130  | TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF.  | <p style="text-align: center;"><b>Traitement avec de l'Artéméther-Luméfantrine (AL)</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Age</th> <th colspan="3">DOSAGE</th> </tr> <tr> <th>JOUR 1</th> <th>JOUR 2</th> <th>JOUR 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Moins de 3 ans</b><br/>(Plaquette à Bande Rose)</td> <td>1 Comprimé<br/>deux fois par<br/>jour</td> <td>1 Comprimé<br/>deux fois par<br/>jour</td> <td>1 Comprimé<br/>deux fois par<br/>jour</td> </tr> <tr> <td><b>De 3 à 5 ans</b><br/>(Plaquette à Bande<br/>Violette)</td> <td>2 Comprimés<br/>deux fois par<br/>jour</td> <td>2 Comprimés<br/>deux fois par<br/>jour</td> <td>2 Comprimés<br/>deux fois par<br/>jour</td> </tr> </tbody> </table> <p>DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les deux jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p> <p>(ALLEZ À 133)</p> |  |  | Age | DOSAGE |  |  | JOUR 1 | JOUR 2 | JOUR 3 | <b>Moins de 3 ans</b><br>(Plaquette à Bande Rose) | 1 Comprimé<br>deux fois par<br>jour | 1 Comprimé<br>deux fois par<br>jour | 1 Comprimé<br>deux fois par<br>jour | <b>De 3 à 5 ans</b><br>(Plaquette à Bande<br>Violette) | 2 Comprimés<br>deux fois par<br>jour | 2 Comprimés<br>deux fois par<br>jour | 2 Comprimés<br>deux fois par<br>jour |
| Age  | DOSAGE  |  |  |  |     |        |  |  |        |        |        |   |                                     |                                     |                                     |  |                                      |                                      |                                      |
|  | JOUR 1  | JOUR 2   | JOUR 3   |  |     |        |  |  |        |        |        |   |                                     |                                     |                                     |  |                                      |                                      |                                      |
| <b>Moins de 3 ans</b><br>(Plaquette à Bande Rose)      | 1 Comprimé<br>deux fois par<br>jour   | 1 Comprimé<br>deux fois par<br>jour  | 1 Comprimé<br>deux fois par<br>jour  |  |     |        |  |  |        |        |        |   |                                     |                                     |                                     |  |                                      |                                      |                                      |
| <b>De 3 à 5 ans</b><br>(Plaquette à Bande<br>Violette) | 2 Comprimés<br>deux fois par<br>jour  | 2 Comprimés<br>deux fois par<br>jour   | 2 Comprimés<br>deux fois par<br>jour   |  |     |        |  |  |        |        |        |   |                                     |                                     |                                     |  |                                      |                                      |                                      |
| 131  | VÉRIFIEZ 116: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE  | EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL<br>ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1<br>7.0 G/DL OU PLUS ..... 2<br>ABSENT ..... 3<br>REFUS ..... 4<br>AUTRE ..... 6<br>(ALLEZ À 133) ←   | EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL<br>ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1<br>7.0 G/DL OU PLUS ..... 2<br>ABSENT ..... 3<br>REFUS ..... 4<br>AUTRE ..... 6<br>(ALLEZ À 133) ← | EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL<br>ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1<br>7.0 G/DL OU PLUS ..... 2<br>ABSENT ..... 3<br>REFUS ..... 4<br>AUTRE ..... 6<br>(ALLEZ À 133) ← |     |        |  |  |        |        |        |   |                                     |                                     |                                     |  |                                      |                                      |                                      |
| 132  | <b><u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u></b><br><br>ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE DANS LA FICHE DE REFERENCE.  | 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.   |  |  |     |        |  |  |        |        |        |   |                                     |                                     |                                     |  |                                      |                                      |                                      |
| 133  | RETOURNEZ À Q.103 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIÈRE COLONNE DE LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 201.   |  |  |  |     |        |  |  |        |        |        |   |                                     |                                     |                                     |  |                                      |                                      |                                      |

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET DU TEST DE PALUDISME DES ENFANTS DE AGE 0-5 ANS

|     |  | ENFANT 4  | ENFANT 5  | ENFANT 6  |
|-----|--|---|---|---|
| 102 | VÉRIFIEZ TABLEAU MÉNAGE :<br>NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 .<br><br>NOM DE LA COL. 2  | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____  | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____  | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____  |
| 103 | SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE :<br>COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE<br>L'ENFANT (JOUR, MOIS ET ANNÉE )<br>DU TABLEAU DES NAISSANCES. SI<br>LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE<br>DEMANDEZ :<br>Quelle est la date de naissance de<br>(NOM) ? | JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANNÉE . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANNÉE . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANNÉE . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 104 | VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2013-2018?  | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(ALLEZ À 133) ←   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(ALLEZ À 133) ←   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>(ALLEZ À 133) ←   |
| 105 | POIDS EN KILOGRAMMES.  | KG. ... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/><br>ABSENT .....9994<br>REFUS .....9995<br>AUTRE .....9996   | KG. ... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/><br>ABSENT .....9994<br>REFUS .....9995<br>AUTRE .....9996   | KG. ... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/><br>ABSENT .....9994<br>REFUS .....9995<br>AUTRE .....9996   |
| 106 | TAILLE EN CENTIMÈTRES.   | CM. ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/><br>ABSENT .....9994<br>REFUS .....9995<br>AUTRE .....9996<br>(ALLEZ À 108) ←                                  | CM. ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/><br>ABSENT .....9994<br>REFUS .....9995<br>AUTRE .....9996<br>(ALLEZ À 108) ←                                  | CM. ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/><br>ABSENT .....9994<br>REFUS .....9995<br>AUTRE .....9996<br>(ALLEZ À 108) ←                                  |
| 107 | MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?   | ALLONGÉ ..... 1<br>DEBOUT ..... 2   | ALLONGÉ ..... 1<br>DEBOUT ..... 2   | ALLONGÉ ..... 1<br>DEBOUT ..... 2   |
| 108 | MESUREUR: INSCRIVEZ VOTRE<br>NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>L'AGENT DE TERRAIN   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>L'AGENT DE TERRAIN   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>L'AGENT DE TERRAIN   |

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET DU TEST DE PALUDISME DES ENFANTS DE AGE 0-5 ANS

|     |  | ENFANT 4  | ENFANT 5   | ENFANT 6   |
|-----|--|---|--|--|
| 102 | VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE :<br>NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 .<br><br>NOM DE LA COL. 2                                    | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____  | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____                 | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____                 |
| 109 | VÉRIFIEZ 103: 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 ]<br>(ALLEZ À 133) ← ]<br><br>PLUS ÂGÉ ..... 2   | 0-5 MOIS ..... 1 ]<br>(ALLEZ À 133) ← ]<br><br>PLUS ÂGÉ ..... 2                                  | 0-5 MOIS ..... 1 ]<br>(ALLEZ À 133) ← ]<br><br>PLUS ÂGÉ ..... 2                                  |
| 110 | NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE .                     | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>(INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)  | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>(INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ) | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>(INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ) |
| 111 | DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE.   | <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Nous demandons que tous les enfants nés en 2013, ou plus tard, participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?<br/>Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision.<br/>Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?</p>   |  |  |
| 112 | ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.   | ACCORDÉ ..... 1 ]<br>_____ ← ]<br>(SIGNATURE)<br>REFUS ..... 2 ]<br>ABSENTE/AUTRE ..... 3 ]   | ACCORDÉ ..... 1 ]<br>_____ ← ]<br>(SIGNATURE)<br>REFUS ..... 2 ]<br>ABSENTE/AUTRE ..... 3 ]      | ACCORDÉ ..... 1 ]<br>_____ ← ]<br>(SIGNATURE)<br>REFUS ..... 2 ]<br>ABSENTE/AUTRE ..... 3 ]      |
| 113 | DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE.   | <p>Dans cadre de cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir le paludisme.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2013 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 sous traitement. Les enfants avec paludisme grave seront référés à un établissement de santé.</p> <p>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 ?<br/>Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision.<br/>Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme?</p> |  |  |

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET DU TEST DE PALUDISME DES ENFANTS DE AGE 0-5 ANS

|     |   | ENFANT 4  | ENFANT 5  | ENFANT 6  |
|-----|---|---|---|---|
| 102 | VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE :<br>NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 .<br><br>NOM DE LA COL. 2   | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____  | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____  | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____  |
| 114 | ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ,<br>SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE<br>NUMÉRO D'AGENT DE TERRAIN  | ACCORDÉ ..... 1<br>REFUS ..... 2<br>←<br>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ<br>VOTRE No D'AGENT DE<br>TERRAIN)<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>ABSENT/AUTRE ..... 3 | ACCORDÉ ..... 1<br>REFUS ..... 2<br>←<br>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ<br>VOTRE No D'AGENT DE<br>TERRAIN)<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>ABSENT/AUTRE ..... 3 | ACCORDÉ ..... 1<br>REFUS ..... 2<br>←<br>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ<br>VOTRE No D'AGENT DE<br>TERRAIN)<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>ABSENT/AUTRE ..... 3 |
| 115 | PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS. |   |   |   |
| 116 | INSCRIVEZ LE NIVEAU<br>D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA<br>BROCHURE ANÉMIE ET<br>PALUDISME  | G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>ABSENT ..... 994<br>REFUS ..... 995<br>AUTRE ..... 996   | G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>ABSENT ..... 994<br>REFUS ..... 995<br>AUTRE ..... 996   | G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>ABSENT ..... 994<br>REFUS ..... 995<br>AUTRE ..... 996   |
| 117 | ENREGISTREZ LE CODE DU<br>RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.   | TESTÉ ..... 1<br>ABSENT ..... 2<br>REFUS ..... 3<br>AUTRE ..... 6<br>(ALLEZ À 119) ←  | TESTÉ ..... 1<br>ABSENT ..... 2<br>REFUS ..... 3<br>AUTRE ..... 6<br>(ALLEZ À 119) ←  | TESTÉ ..... 1<br>ABSENT ..... 2<br>REFUS ..... 3<br>AUTRE ..... 6<br>(ALLEZ À 119) ←  |
| 118 | ENREGISTREZ LE RESULTAT DU<br>TDR DU PALUDISME ICI ET DANS<br>LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE<br>PALUDISME.  | POSITIF, Pf ..... 1<br>(ALLEZ À 121) ←<br>NEGATIF ..... 2<br>AUTRE ..... 6  | POSITIF, Pf ..... 1<br>(ALLEZ À 121) ←<br>NEGATIF ..... 2<br>AUTRE ..... 6  | POSITIF, Pf ..... 1<br>(ALLEZ À 121) ←<br>NEGATIF ..... 2<br>AUTRE ..... 6  |
| 119 | VÉRIFIEZ 116: NIVEAU<br>D'HÉMOGLOBINE   | EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL<br>ANÉMIE SÉVÈRE ... 1<br>7.0 G/DL OU PLUS ... 2<br>ABSENT ..... 3<br>REFUS ..... 4<br>AUTRE ..... 6<br>(ALLEZ À 133) ←  | EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL<br>ANÉMIE SÉVÈRE ... 1<br>7.0 G/DL OU PLUS ... 2<br>ABSENT ..... 3<br>REFUS ..... 4<br>AUTRE ..... 6<br>(ALLEZ À 133) ←  | EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL<br>ANÉMIE SÉVÈRE ... 1<br>7.0 G/DL OU PLUS ... 2<br>ABSENT ..... 3<br>REFUS ..... 4<br>AUTRE ..... 6<br>(ALLEZ À 133) ←  |
| 120 | <b><u>DÉCLARATION DE REFERENCE<br/>POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u></b><br><br>ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU<br>TEST D'ANÉMIE DANS LA FICHE DE<br>REFERENCE.    | 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.<br><br>(ALLEZ À 133)   |   |   |

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET DU TEST DE PALUDISME DES ENFANTS DE AGE 0-5 ANS

|     |   | ENFANT 4   | ENFANT 5   | ENFANT 6   |
|-----|---|--|--|--|
| 102 | VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE :<br>NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 .<br><br>NOM DE LA COL. 2   | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____   | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____   | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____   |
| 121 | Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants:<br><br>a) Faiblesse extrême?<br><br>b) Manque d'appétit?<br><br>c) Vomissement de tout?<br><br>d) Perte de conscience?<br><br>e) Respiration rapide ou difficulté de respirer?<br><br>f) De multiple Convulsions?<br><br>g) Saignements anormaux?<br><br>h) Jaunisse/peau jaune ? | <p style="text-align: center;">OUI    NON</p> <p>a) FAIBLESSE EXTRÊME    1    2</p> <p>b) MANQUE D'APPÉTIT    1    2</p> <p>c) VOMISSEMENT    1    2</p> <p>d) PERTE DE CONSCIENCE    1    2</p> <p>e) RESPIRATION RAPIDE    1    2</p> <p>f) CONVULSIONS    1    2</p> <p>g) SAIGNEMENTS    1    2</p> <p>h) JAUNISSE    1    2</p>   | <p style="text-align: center;">OUI    NON</p> <p>a) FAIBLESSE EXTRÊME    1    2</p> <p>b) MANQUE D'APPÉTIT    1    2</p> <p>c) VOMISSEMENT    1    2</p> <p>d) PERTE DE CONSCIENCE    1    2</p> <p>e) RESPIRATION RAPIDE    1    2</p> <p>f) CONVULSIONS    1    2</p> <p>g) SAIGNEMENTS    1    2</p> <p>h) JAUNISSE    1    2</p> | <p style="text-align: center;">OUI    NON</p> <p>a) FAIBLESSE EXTRÊME    1    2</p> <p>b) MANQUE D'APPÉTIT    1    2</p> <p>c) VOMISSEMENT    1    2</p> <p>d) PERTE DE CONSCIENCE    1    2</p> <p>e) RESPIRATION RAPIDE    1    2</p> <p>f) CONVULSIONS    1    2</p> <p>g) SAIGNEMENTS    1    2</p> <p>h) JAUNISSE    1    2</p> |
| 122 | VÉRIFIEZ 121:<br>Y-T-IL UN 'OUI' EN CERCLÉ?   | <p style="text-align: center;">NON                    OUI <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>                    ↓</p> <p style="text-align: center;">(ALLEZ À 125) ←</p>   | <p style="text-align: center;">NON                    OUI <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>                    ↓</p> <p style="text-align: center;">(ALLEZ À 125) ←</p>   | <p style="text-align: center;">NON                    OUI <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>                    ↓</p> <p style="text-align: center;">(ALLEZ À 125) ←</p>   |
| 123 | VÉRIFIEZ 116: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE  | <p>EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL SEVERE ANEMIA ... 1</p> <p style="text-align: center;">(ALLEZ À 125) ←</p> <p>7.0 G/DL OU PLUS ... 2</p> <p>ABSENT ..... 3</p> <p>REFUS ..... 4</p> <p>AUTRE ..... 6</p>   | <p>EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL SEVERE ANEMIA ... 1</p> <p style="text-align: center;">(ALLEZ À 125) ←</p> <p>7.0 G/DL OU PLUS ... 2</p> <p>ABSENT ..... 3</p> <p>REFUS ..... 4</p> <p>AUTRE ..... 6</p>   | <p>EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL SEVERE ANEMIA ... 1</p> <p style="text-align: center;">(ALLEZ À 125) ←</p> <p>7.0 G/DL OU PLUS ... 2</p> <p>ABSENT ..... 3</p> <p>REFUS ..... 4</p> <p>AUTRE ..... 6</p>   |
| 124 | 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 ?<br>VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.   | <p>OUI ..... 1</p> <p style="text-align: center;">(ALLEZ À 126) ←</p> <p>NON ..... 2</p> <p style="text-align: center;">(ALLEZ À 127) ←</p>  | <p>OUI ..... 1</p> <p style="text-align: center;">(ALLEZ À 126) ←</p> <p>NON ..... 2</p> <p style="text-align: center;">(ALLEZ À 127) ←</p>  | <p>OUI ..... 1</p> <p style="text-align: center;">(ALLEZ À 126) ←</p> <p>NON ..... 2</p> <p style="text-align: center;">(ALLEZ À 127) ←</p>  |
| 125 | <b><u>DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.</u></b><br><br>ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU TEST DE PALUDISME DANS LA FICHE DE REFERENCE.  | <p>Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a le paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme grave. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené tout de suite à un établissement de santé.</p> <p>(ALLEZ À 131)</p>                   |  |  |
| 126 | DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE LA CTA.   | <p>Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu de la CTA pour le paludisme. Je ne peux pas vous donner une CTA supplémentaire. Cependant, le test montre qu'il/elle a du paludisme. Si votre enfant a de la fièvre pendant 2 jours après la dernière dose de CTA, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens plus approfondis.</p> <p>(ALLEZ À 131)</p>                  |  |  |
| 127 | LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE   | <p>Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé CTA. La CTA est très efficace et d'ici quelques jours, il n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de donner le médicament à l'enfant. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plaît, si vous acceptez, ou non, le médicament.</p> |  |  |

|  |   | ENFANT 4  | ENFANT 5  | ENFANT 6  |   |  |  |  |     |        |  |  |        |        |        |   |                                     |                                     |                                     |  |                                      |                                      |                                      |
|--|---|---|---|---|---|--|--|--|-----|--------|--|--|--------|--------|--------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 102  | VÉRIFIEZ TABLEAU MÉNAGE :<br>NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 .<br><br>NOM DE LA COL. 2   | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____  | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____  | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____  |   |  |  |  |     |        |  |  |        |        |        |   |                                     |                                     |                                     |  |                                      |                                      |                                      |
| 128  | ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.  | MÉDICAMENT ACCEPTÉ. 1<br>_____<br>(SIGNATURE) ←<br>REFUS ..... 2<br>AUTRE ..... 6   | MÉDICAMENT ACCEPTÉ. 1<br>_____<br>(SIGNATURE) ←<br>REFUS ..... 2<br>AUTRE ..... 6   | MÉDICAMENT ACCEPTÉ. 1<br>_____<br>(SIGNATURE) ←<br>REFUS ..... 2<br>AUTRE ..... 6   |   |  |  |  |     |        |  |  |        |        |        |   |                                     |                                     |                                     |  |                                      |                                      |                                      |
| 129  | VÉRIFIEZ 128:<br>MÉDICAMENT ACCEPTÉ   | MÉDICAMENT ACCEPTÉ. 1<br>REFUS ..... 2<br>AUTRE ..... 6<br>(ALLEZ À 131) ←  | MÉDICAMENT ACCEPTÉ. 1<br>REFUS ..... 2<br>AUTRE ..... 6<br>(ALLEZ À 130) ←  | MÉDICAMENT ACCEPTÉ. 1<br>REFUS ..... 2<br>AUTRE ..... 6<br>(ALLEZ À 130) ←  |   |  |  |  |     |        |  |  |        |        |        |   |                                     |                                     |                                     |  |                                      |                                      |                                      |
| 130  | TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF.  | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="4">Traitement avec de l'Artéméther-luméfanantrine (AL)</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">Age</th> <th colspan="3">DOSAGE</th> </tr> <tr> <th>JOUR 1</th> <th>JOUR 2</th> <th>JOUR 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Moins de 3 ans</b><br/>(Plaquette à Bande Rose)</td> <td>1 Comprimé<br/>deux fois par<br/>jour</td> <td>1 Comprimé<br/>deux fois par<br/>jour</td> <td>1 Comprimé<br/>deux fois par<br/>jour</td> </tr> <tr> <td><b>De 3 à 5 ans</b><br/>(Plaquette à Bande<br/>Violette)</td> <td>2 Comprimés<br/>deux fois par<br/>jour</td> <td>2 Comprimés<br/>deux fois par<br/>jour</td> <td>2 Comprimés<br/>deux fois par<br/>jour</td> </tr> </tbody> </table> <p>DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les deux jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p> <p>(ALLEZ À 133)</p> |   |   | Traitement avec de l'Artéméther-luméfanantrine (AL) |  |  |  | Age | DOSAGE |  |  | JOUR 1 | JOUR 2 | JOUR 3 | <b>Moins de 3 ans</b><br>(Plaquette à Bande Rose) | 1 Comprimé<br>deux fois par<br>jour | 1 Comprimé<br>deux fois par<br>jour | 1 Comprimé<br>deux fois par<br>jour | <b>De 3 à 5 ans</b><br>(Plaquette à Bande<br>Violette) | 2 Comprimés<br>deux fois par<br>jour | 2 Comprimés<br>deux fois par<br>jour | 2 Comprimés<br>deux fois par<br>jour |
| Traitement avec de l'Artéméther-luméfanantrine (AL)    |   |   |   |   |   |  |  |  |     |        |  |  |        |        |        |   |                                     |                                     |                                     |  |                                      |                                      |                                      |
| Age  | DOSAGE  |   |   |   |   |  |  |  |     |        |  |  |        |        |        |   |                                     |                                     |                                     |  |                                      |                                      |                                      |
|  | JOUR 1  | JOUR 2  | JOUR 3  |   |   |  |  |  |     |        |  |  |        |        |        |   |                                     |                                     |                                     |  |                                      |                                      |                                      |
| <b>Moins de 3 ans</b><br>(Plaquette à Bande Rose)      | 1 Comprimé<br>deux fois par<br>jour   | 1 Comprimé<br>deux fois par<br>jour   | 1 Comprimé<br>deux fois par<br>jour   |   |   |  |  |  |     |        |  |  |        |        |        |   |                                     |                                     |                                     |  |                                      |                                      |                                      |
| <b>De 3 à 5 ans</b><br>(Plaquette à Bande<br>Violette) | 2 Comprimés<br>deux fois par<br>jour  | 2 Comprimés<br>deux fois par<br>jour  | 2 Comprimés<br>deux fois par<br>jour  |   |   |  |  |  |     |        |  |  |        |        |        |   |                                     |                                     |                                     |  |                                      |                                      |                                      |
| 131  | VÉRIFIEZ 116: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE  | EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1<br>7.0 G/DL OU PLUS ..... 2<br>ABSENT ..... 3<br>REFUS ..... 4<br>AUTRE ..... 6<br>(ALLEZ À 133) ←   | EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1<br>7.0 G/DL OU PLUS ..... 2<br>ABSENT ..... 3<br>REFUS ..... 4<br>AUTRE ..... 6<br>(ALLEZ À 133) ← | EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1<br>7.0 G/DL OU PLUS ..... 2<br>ABSENT ..... 3<br>REFUS ..... 4<br>AUTRE ..... 6<br>(ALLEZ À 133) ← |   |  |  |  |     |        |  |  |        |        |        |   |                                     |                                     |                                     |  |                                      |                                      |                                      |
| 132  | <b><u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u></b><br>ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE DANS LA FICHE DE REFERENCE..                             | 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.  |   |   |   |  |  |  |     |        |  |  |        |        |        |   |                                     |                                     |                                     |  |                                      |                                      |                                      |
| 133  | RETOURNEZ À Q.103 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIÈRE COLONNE D'UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 201. |   |   |   |   |  |  |  |     |        |  |  |        |        |        |   |                                     |                                     |                                     |  |                                      |                                      |                                      |

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

|     |  |   |   |   |
|-----|--|---|---|---|
| 201 | VÉRIFIER LA COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÂGE ET LE STATUT MATRIMONIAL DE TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES AUX QUESTIONS 202, 203 ET 204. S'IL Y A PLUS DE 3 FEMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES. |   |   |   |
|     |  | FEMME 1   | FEMME 2   | FEMME 3   |
| 202 | VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE :<br><br>NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 9.<br><br>NOM DE LA COLONNE 2.   | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____  | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____  | NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br><br>NOM _____  |
| 203 | VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 7 (ÂGE) :   | 15-17 ANS ..... 1<br>18-49 ANS ..... 2  | 15-17 ANS ..... 1<br>18-49 ANS ..... 2  | 15-17 ANS ..... 1<br>18-49 ANS ..... 2  |
| 204 | VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 8 (STATUT MATRIMONIAL) :  | CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ..... 1<br>AUTRE ..... 2   | CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ..... 1<br>AUTRE ..... 2   | CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ..... 1<br>AUTRE ..... 2   |
| 205 | POIDS EN KILOGRAMMES.  | KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .<br>ABSENTE ..... 99994<br>REFUS ..... 99995<br>AUTRE ..... 99996 | KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .<br>ABSENTE ..... 99994<br>REFUS ..... 99995<br>AUTRE ..... 99996 | KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .<br>ABSENTE ..... 99994<br>REFUS ..... 99995<br>AUTRE ..... 99996 |
| 206 | TAILLE EN CENTIMÈTRES.   | CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .<br>ABSENTE ..... 9994<br>REFUS ..... 9995<br>AUTRE ..... 9996    | CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .<br>ABSENTE ..... 9994<br>REFUS ..... 9995<br>AUTRE ..... 9996    | CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .<br>ABSENTE ..... 9994<br>REFUS ..... 9995<br>AUTRE ..... 9996    |
| 207 | MESUREUR:<br>INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>L'AGENT DE TERRAIN   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>L'AGENT DE TERRAIN   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>L'AGENT DE TERRAIN   |
| 208 | VÉRIFIEZ 203 : ÂGE   | 15-17 ANS ..... 1<br>18-49 ANS ..... 2<br>(ALLEZ À 210) ←   | 15-17 ANS ..... 1<br>18-49 ANS ..... 2<br>(ALLEZ À 210) ←   | 15-17 ANS ..... 1<br>18-49 ANS ..... 2<br>(ALLEZ À 210) ←   |
| 209 | VÉRIFIEZ 204 : STATUT MATRIMONIAL  | CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1<br>(ALLEZ À 216) ←<br>AUTRE ..... 2  | CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1<br>(ALLEZ À 216) ←<br>AUTRE ..... 2  | CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1<br>(ALLEZ À 216) ←<br>AUTRE ..... 2  |

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

|   |   | FEMME 1  | FEMME 2  | FEMME 3  |
|---|---|--|--|--|
|   | NOM DE LA COLONNE 2.  | NOM _____  | NOM _____  | NOM _____  |
| <b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTE ADULTE POUR LE TEST D'ANÉMIE</b>   |   |  |  |  |
| <b>C<br/>O<br/>N<br/>S<br/>E<br/>N<br/>T<br/>E<br/>M<br/>E<br/>N<br/>T<br/><br/>A<br/>D<br/>U<br/>L<br/>T<br/>E</b> | 210   | <p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE.</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de quelques 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 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.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Voulez-vous participer au test d'anémie ?</p> |  |  |
|   | 211   | <p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.</p> <p>ACCORDÉ ..... 1 }<br/>ENQUÊTÉE REFUSE ..... 2 }<br/>←</p> <p>_____<br/>(SIGNATURE)<br/>(SI REFUS, ALLEZ À 229)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3 }<br/>(ALLEZ À 229) ←</p>   | <p>ACCORDÉ ..... 1 }<br/>ENQUÊTÉE REFUSE ..... 2 }<br/>←</p> <p>_____<br/>(SIGNATURE)<br/>(SI REFUS, ALLEZ À 229)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3 }<br/>(ALLEZ À 229) ←</p> | <p>ACCORDÉ ..... 1 }<br/>ENQUÊTÉE REFUSE ..... 2 }<br/>←</p> <p>_____<br/>(SIGNATURE)<br/>(SI REFUS, ALLEZ À 229)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3 }<br/>(ALLEZ À 229) ←</p> |
|   | 211A  | <p>VÉRIFIEZ 226 DANS QUESTIONNAIRE FEMME OU DEMANDEZ : Êtes-vous enceinte ?</p> <p>OUI ..... 1 }<br/>NON ..... 2 }<br/>NE SAIT PAS ..... 8 }<br/>(ALLEZ À 229) ←</p>   | <p>OUI ..... 1 }<br/>NON ..... 2 }<br/>NE SAIT PAS ..... 8 }<br/>(ALLEZ À 229) ←</p>   | <p>OUI ..... 1 }<br/>NON ..... 2 }<br/>NE SAIT PAS ..... 8 }<br/>(ALLEZ À 229) ←</p>   |
| 216   | <p>INSCRIVEZ LE No DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ADOLESCENTE .</p> <p>_____ _____ <br/>(INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)</p> | <p>No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE</p> <p>_____ _____ <br/>(INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)</p>   | <p>No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE</p> <p>_____ _____ <br/>(INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)</p>   | <p>No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE</p> <p>_____ _____ <br/>(INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)</p>   |

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

|   |      | FEMME 1   | FEMME 2   | FEMME 3   |
|---|------|---|---|---|
| NOM DE LA COLONNE 2.  |      | NOM _____   | NOM _____   | NOM _____   |
| <b>CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANEMIE</b>                                    |      |   |   |   |
| P<br>A<br>R<br>E<br>N<br>T<br><br>A<br>D<br>U<br>L<br>T<br>E<br><br>R<br>E<br>S<br>P<br>.                 | 217  | <p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR LE TEST D'ANÉMIE.</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM DE LA MINEURE) tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE LA MINEURE) à participer au test d'anémie ?</p> |   |   |
|   | 218  | <p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.</p> <p>ACCORDÉ ..... 1<br/>PARENT/AUTRE<br/>ADULTE RESPONSABLE<br/>A REFUSÉ ..... 2</p> <p>_____ (SIGNATURE)<br/>(SI REFUS, ALLEZ À 229)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3<br/>(ALLEZ À 229)</p>   | <p>ACCORDÉ ..... 1<br/>PARENT/AUTRE<br/>ADULTE RESPONSABLE<br/>A REFUSÉ ..... 2</p> <p>_____ (SIGNATURE)<br/>(SI REFUS, ALLEZ À 229)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3<br/>(ALLEZ À 229)</p> | <p>ACCORDÉ ..... 1<br/>PARENT/AUTRE<br/>ADULTE RESPONSABLE<br/>A REFUSÉ ..... 2</p> <p>_____ (SIGNATURE)<br/>(SI REFUS, ALLEZ À 229)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3<br/>(ALLEZ À 229)</p> |
|   | 219  | <p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST D'ANÉMIE.</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE) tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Voulez-vous participer au test d'anémie ?</p>      |   |   |
| C<br>O<br>N<br>S<br>E<br>N<br>T<br>E<br>M<br>E<br>N<br>T<br>D<br>E<br><br>M<br>I<br>N<br>E<br>U<br>R<br>E | 220  | <p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.</p> <p>ACCORDÉ ..... 1<br/>ENQUÊTÉ MINEUR<br/>A REFUSÉ ..... 2</p> <p>_____ (SIGNATURE)<br/>(SI REFUS, ALLEZ À 229)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3<br/>(ALLEZ À 229)</p>  | <p>ACCORDÉ ..... 1<br/>ENQUÊTÉ MINEUR<br/>A REFUSÉ ..... 2</p> <p>_____ (SIGNATURE)<br/>(SI REFUS, ALLEZ À 229)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3<br/>(ALLEZ À 229)</p>                      | <p>ACCORDÉ ..... 1<br/>ENQUÊTÉ MINEUR<br/>A REFUSÉ ..... 2</p> <p>_____ (SIGNATURE)<br/>(SI REFUS, ALLEZ À 229)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3<br/>(ALLEZ À 229)</p>                      |
|   | 220A | <p>VÉRIFIEZ 226 DANS QUESTIONNAIRE FEMME OU DEMANDEZ : Êtes-vous enceinte ?</p> <p>OUI ..... 1<br/>NON ..... 2<br/>NE SAIT PAS ..... 8</p> <p>OUI ..... 1<br/>NON ..... 2<br/>NE SAIT PAS ..... 8</p> <p>OUI ..... 1<br/>NON ..... 2<br/>NE SAIT PAS ..... 8</p>  |   |   |

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

|     |  | FEMME 1  | FEMME 2  | FEMME 3  |
|-----|--|--|--|--|
|     | NOM DE LA COLONNE 2.   | NOM _____  | NOM _____  | NOM _____  |
| 229 | PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.            |  |  |  |
| 231 | INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE .   | G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/><br>ABSENTE ..... 994<br>REFUS ..... 995<br>AUTRE ..... 996 | G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/><br>ABSENTE ..... 994<br>REFUS ..... 995<br>AUTRE ..... 996 | G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/><br>ABSENTE ..... 994<br>REFUS ..... 995<br>AUTRE ..... 996 |
| 233 | RETOURNEZ À 202 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIÈRE COLONNE D'UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE; SI PLUS DE FEMMES, TERMINEZ L'INTERVIEW. |  |  |  |

