

MINISTÈRE DE L'AMÉNAGEMENT 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="float: right; text-align: center; width: 100px;"> <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 <table border="1" style="float: right; text-align: center; width: 100px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																	
NUMÉRO DU MÉNAGE <table border="1" style="float: right; text-align: center; width: 100px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																	
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ? (1=OUI, 2=NON) <table border="1" style="float: right; text-align: center; width: 40px;"> <tr><td> </td></tr> </table>																	
VISITES L'AGENT DE TERRAIN																	
	1	2	3	VISITE FINALE													
DATE	_____	_____	_____	JOUR	<table border="1" style="width: 40px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>												
NOM DE L'AGENT DE TERRAIN	_____	_____	_____	MOIS	<table border="1" style="width: 40px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>												
				ANNÉE	<table border="1" style="width: 80px;"> <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 HEURE	_____ _____	_____ _____		NOMBRE TOTAL DE VISITES	<table border="1" style="width: 40px;"> <tr><td> </td></tr> </table>												
NOTES: _____ _____ _____ _____ _____				TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <table border="1" style="width: 40px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>													
				TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES <table border="1" style="width: 40px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>													
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <table border="1" style="width: 40px;"> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> </table> </div> <div> LANGUE DE L'INTERVIEW** <table border="1" style="width: 40px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> </div> <div> LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ** <table border="1" style="width: 40px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> </div> <div> TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2) <table border="1" style="width: 40px;"> <tr><td> </td></tr> </table> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> LANGUE DU QUESTIONNAIRE** FRANÇAIS </div> <div> **CODES LANGUES : 01 FRANÇAIS 02 BAMBARA/MALINKÉ 03 SONRAÏ/DJERMA 04 PEUHL/FOULFOULDÉ 05 SÉNOUFO 06 MARKA/SONINKÉ 07 DOGON </div> <div> 08 MINIANKA 09 TAMACHECK 10 BOBO/DAFING 11 BOZO/SOMONO 96 AUTRE _____ (PRÉCISEZ) </div> </div>						0	1										
0	1																
CHEF D'ÉQUIPE																	
_____		<table border="1" style="width: 100px;"> <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 : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 . NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> 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 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
104	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2013-2018?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 133) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 133) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 133) ←
105	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT9994 REFUS9995 AUTRE9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT9994 REFUS9995 AUTRE9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT9994 REFUS9995 AUTRE9996
106	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT9994 REFUS9995 AUTRE9996 (ALLEZ À 108) ←	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT9994 REFUS9995 AUTRE9996 (ALLEZ À 108) ←	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT9994 REFUS9995 AUTRE9996 (ALLEZ À 108) ←
107	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2
108	MESUREUR: INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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 : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 . NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> 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 (ALLEZ À 133) ← PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 133) ← PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 133) ← 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"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> (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 ? 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 ?</p>		
112	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2 ABSENTE/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2 ABSENTE/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2 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 ? 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?</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 : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 . NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM

114	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO D'AGENT DE TERRAIN	ACCORDÉ 1 REFUS 2 (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 REFUS 2 (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 REFUS 2 (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996
117	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6 (ALLEZ À 119)	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6 (ALLEZ À 119)	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6 (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 (ALLEZ À 121) NEGATIF 2 AUTRE 6	POSITIF, Pf 1 (ALLEZ À 121) NEGATIF 2 AUTRE 6	POSITIF, Pf 1 (ALLEZ À 121) NEGATIF 2 AUTRE 6
119	VÉRIFIEZ 116: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 7.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 133)	EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 7.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 133)	EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 7.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 133)
120	<u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u> 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. (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 : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 . NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM	NOM
121	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants: a) Faiblesse extrême? b) Manque d'appétit? c) Vomissement de tout? d) Perte de conscience? e) Respiration rapide ou difficulté de respirer? f) De multiple Convulsions? g) Saignements anormaux? h) Jaunisse/peau jaune ?	OUI NON a) FAIBLESSE EXTRÊME 1 2 b) MANQUE D'APPÉTIT 1 2 c) VOMISSEMENT 1 2 d) PERTE DE CONSCIENCE 1 2 e) RESPIRATION RAPIDE 1 2 f) CONVULSIONS 1 2 g) SAIGNEMENTS 1 2 h) JAUNISSE 1 2	OUI NON a) FAIBLESSE EXTRÊME 1 2 b) MANQUE D'APPÉTIT 1 2 c) VOMISSEMENT 1 2 d) PERTE DE CONSCIENCE 1 2 e) RESPIRATION RAPIDE 1 2 f) CONVULSIONS 1 2 g) SAIGNEMENTS 1 2 h) JAUNISSE 1 2	OUI NON a) FAIBLESSE EXTRÊME 1 2 b) MANQUE D'APPÉTIT 1 2 c) VOMISSEMENT 1 2 d) PERTE DE CONSCIENCE 1 2 e) RESPIRATION RAPIDE 1 2 f) CONVULSIONS 1 2 g) SAIGNEMENTS 1 2 h) JAUNISSE 1 2			
122	VÉRIFIEZ 121: Y-T-IL UN 'OUI' ENCECLÉ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 125) ←	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 125) ←	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 125) ←			
123	VÉRIFIEZ 116: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 (ALLEZ À 125) ← 7.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ... 3 REFUS ... 4 AUTRE ... 6	EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL SEVERE ANEMIA ... 1 (ALLEZ À 125) ← 7.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ... 3 REFUS ... 4 AUTRE ... 6	EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL SEVERE ANEMIA ... 1 (ALLEZ À 125) ← 7.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ... 3 REFUS ... 4 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 ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI 1 (ALLEZ À 126) ← NON 2 (ALLEZ À 127) ←	OUI 1 (ALLEZ À 126) ← NON 2 (ALLEZ À 127) ←	OUI 1 (ALLEZ À 126) ← NON 2 (ALLEZ À 127) ←			
125	<u>DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.</u> 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. (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. (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	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 . NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> NOM

128	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	MÉDICAMENT ACCEP1. 1 (SIGNATURE) REFUS 2 AUTRE 6	MÉDICAMENT ACCEP1. 1 (SIGNATURE) REFUS 2 AUTRE 6	MÉDICAMENT ACCEP1. 1 (SIGNATURE) REFUS 2 AUTRE 6
129	VÉRIFIEZ 128: MÉDICAMENT ACCEPTÉ	MÉDICAMENT ACCEP1. 1 REFUS 2 AUTRE 6 (ALLEZ À 131) ←	MÉDICAMENT ACCEP1. 1 REFUS 2 AUTRE 6 (ALLEZ À 130) ←	MÉDICAMENT ACCEP1. 1 REFUS 2 AUTRE 6 (ALLEZ À 130) ←

130	TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF.	<div style="border: 2px dashed black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 90%;"> <p align="center">Traitement avec de l'Artéméther-Luméfantrine (AL)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:15%;">Age</th><th colspan="3">DOSAGE</th></tr> <tr> <td></td><th>JOUR 1</th><th>JOUR 2</th><th>JOUR 3</th></tr> <tr> <td>Moins de 3 ans (Plaquette à Bande Rose)</td><td>1 Comprimé deux fois par jour</td><td>1 Comprimé deux fois par jour</td><td>1 Comprimé deux fois par jour</td></tr> <tr> <td>De 3 à 5 ans (Plaquette à Bande Violette)</td><td>2 Comprimés deux fois par jour</td><td>2 Comprimés deux fois par jour</td><td>2 Comprimés deux fois par jour</td></tr> </table> </div> <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	Moins de 3 ans (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprimé deux fois par jour	1 Comprimé deux fois par jour	1 Comprimé deux fois par jour	De 3 à 5 ans (Plaquette à Bande Violette)	2 Comprimés deux fois par jour	2 Comprimés deux fois par jour	2 Comprimés deux fois par jour
Age	DOSAGE																			
	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3																	
Moins de 3 ans (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprimé deux fois par jour	1 Comprimé deux fois par jour	1 Comprimé deux fois par jour																	
De 3 à 5 ans (Plaquette à Bande Violette)	2 Comprimés deux fois par jour	2 Comprimés deux fois par jour	2 Comprimés deux fois par jour																	

131	VÉRIFIEZ 116: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 7.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 133) ←	EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 7.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 133) ←	EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 7.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 133) ←
-----	------------------------------------	--	--	--

132	<u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u> 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	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 . NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> 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 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
104	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2013-2018?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 133) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 133) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 133) ←
105	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT9994 REFUS9995 AUTRE9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT9994 REFUS9995 AUTRE9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT9994 REFUS9995 AUTRE9996
106	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT9994 REFUS9995 AUTRE9996 (ALLEZ À 108) ←	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT9994 REFUS9995 AUTRE9996 (ALLEZ À 108) ←	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT9994 REFUS9995 AUTRE9996 (ALLEZ À 108) ←
107	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2
108	MESUREUR: INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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 : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 . NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> 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 (ALLEZ À 133) ← PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 133) ← PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 133) ← 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"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> (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 ? 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 ?</p>		
112	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2 ABSENTE/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2 ABSENTE/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2 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 ? 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?</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 : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 . NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM
114	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO D'AGENT DE TERRAIN	ACCORDÉ 1 REFUS 2 ← (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 REFUS 2 ← (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 REFUS 2 ← (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No D'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996
117	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6 (ALLEZ À 119) ←	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6 (ALLEZ À 119) ←	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6 (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 (ALLEZ À 121) ← NEGATIF 2 AUTRE 6	POSITIF, Pf 1 (ALLEZ À 121) ← NEGATIF 2 AUTRE 6	POSITIF, Pf 1 (ALLEZ À 121) ← NEGATIF 2 AUTRE 6
119	VÉRIFIEZ 116: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 7.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 133) ←	EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 7.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 133) ←	EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 7.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 133) ←
120	<u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u> 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. (ALLEZ À 133)		

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 . NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM
121	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants: a) Faiblesse extrême? b) Manque d'appétit? c) Vomissement de tout? d) Perte de conscience? e) Respiration rapide ou difficulté de respirer? f) De multiple Convulsions? g) Saignements anormaux? h) Jaunisse/peau jaune ?	<p>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>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>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: Y-T-IL UN 'OUI' ENCLÉ? (ALLEZ À 125) ←	<p>NON OUI</p> <p>↓ (ALLEZ À 125) ←</p>	<p>NON OUI</p> <p>↓ (ALLEZ À 125) ←</p>	<p>NON OUI</p> <p>↓ (ALLEZ À 125) ←</p>
123	VÉRIFIEZ 116: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	<p>EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL SEVERE ANEMIA ... 1</p> <p>(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>(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>(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 ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	<p>OUI ... 1</p> <p>(ALLEZ À 126) ←</p> <p>NON ... 2</p> <p>(ALLEZ À 127) ←</p>	<p>OUI ... 1</p> <p>(ALLEZ À 126) ←</p> <p>NON ... 2</p> <p>(ALLEZ À 127) ←</p>	<p>OUI ... 1</p> <p>(ALLEZ À 126) ←</p> <p>NON ... 2</p> <p>(ALLEZ À 127) ←</p>
125	<u>DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.</u> 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	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 . NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM																
128	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	MÉDICAMENT ACCEP1. 1 _____ (SIGNATURE) _____ REFUS 2 AUTRE 6	MÉDICAMENT ACCEP1. 1 _____ (SIGNATURE) _____ REFUS 2 AUTRE 6	MÉDICAMENT ACCEP1. 1 _____ (SIGNATURE) _____ REFUS 2 AUTRE 6																
129	VÉRIFIEZ 128: MÉDICAMENT ACCEPTÉ	MÉDICAMENT ACCEP1. 1 REFUS 2 AUTRE 6 (ALLEZ À 131) ←	MÉDICAMENT ACCEP1. 1 REFUS 2 AUTRE 6 (ALLEZ À 130) ←	MÉDICAMENT ACCEP1. 1 REFUS 2 AUTRE 6 (ALLEZ À 130) ←																
130	TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;">Traitement avec de l'Artéméther-luméfantrine (AL)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Age</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">DOSAGE</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">JOUR 1</th> <th style="text-align: center;">JOUR 2</th> <th style="text-align: center;">JOUR 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Moins de 3 ans (Plaquette à Bande Rose)</td> <td style="text-align: center;">1 Comprimé deux fois par jour</td> <td style="text-align: center;">1 Comprimé deux fois par jour</td> <td style="text-align: center;">1 Comprimé deux fois par jour</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">De 3 à 5 ans (Plaquette à Bande Violette)</td> <td style="text-align: center;">2 Comprimés deux fois par jour</td> <td style="text-align: center;">2 Comprimés deux fois par jour</td> <td style="text-align: center;">2 Comprimés deux fois par jour</td> </tr> </tbody> </table> </div> <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	Moins de 3 ans (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprimé deux fois par jour	1 Comprimé deux fois par jour	1 Comprimé deux fois par jour	De 3 à 5 ans (Plaquette à Bande Violette)	2 Comprimés deux fois par jour	2 Comprimés deux fois par jour	2 Comprimés deux fois par jour
Age	DOSAGE																			
	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3																	
Moins de 3 ans (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprimé deux fois par jour	1 Comprimé deux fois par jour	1 Comprimé deux fois par jour																	
De 3 à 5 ans (Plaquette à Bande Violette)	2 Comprimés deux fois par jour	2 Comprimés deux fois par jour	2 Comprimés deux fois par jour																	
131	VÉRIFIEZ 116: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 7.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 133) ←	EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 7.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 133) ←	EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE 1 7.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6 (ALLEZ À 133) ←																
132	<u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u> 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 : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 9. NOM DE LA COLONNE 2.	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM
203	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 7 (ÂGE) :	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2
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 KILOGRAMMES.	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996
206	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996
207	MESUREUR: INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN
208	VÉRIFIEZ 203 : ÂGE	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2 (ALLEZ À 210) ←	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2 (ALLEZ À 210) ←	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2 (ALLEZ À 210) ←
209	VÉRIFIEZ 204 : STATUT MATRIMONIAL	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 (ALLEZ À 216) ← AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 (ALLEZ À 216) ← AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 (ALLEZ À 216) ← 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 _____
CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE ADULTE POUR LE TEST D'ANÉMIE				
C O N S E N T E M E N T A D U L T E	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 ENQUÊTÉE REFUSE 2</p> <p>_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 229)</p> <p>ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 229)</p>	<p>ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE REFUSE 2</p> <p>_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 229)</p> <p>ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 229)</p>	<p>ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE REFUSE 2</p> <p>_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 229)</p> <p>ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 229)</p>
	211A	<p>VÉRIFIEZ 226 DANS QUESTIONNAIRE FEMME OU DEMANDEZ : Êtes-vous enceinte ?</p> <p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 229)</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 229)</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 229)</p>
216	<p>INSCRIVEZ LE No DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ADOLESCENTE .</p> <p>____</p> <p>(INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)</p>	<p>No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE</p> <p>____</p> <p>(INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)</p>	<p>No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE</p> <p>____</p> <p>(INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)</p>	<p>No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE</p> <p>____</p> <p>(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
CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANEMIE				
P A R E N T A D U L T E R E S P O N S A B L E	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 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 </p> <p>_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 229)</p> <p> ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 229) </p>	<p> ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 </p> <p>_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 229)</p> <p> ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 229) </p>	<p> ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 </p> <p>_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 229)</p> <p> ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 229) </p>

CONSENTEMENT DE L'ENQUETEE MINEURE POUR LE TEST D'ANEMIE											
C O N S E N T E M E N T D E M I N E U R E	219	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUETEE MINEURE POUR LE TEST D'ANEMIE.	<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>								
	220	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	<table border="0"> <tr> <td> ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 229) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 229) </td> <td> ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 229) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 229) </td> <td> ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 229) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 229) </td> </tr> </table>	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 229) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 229)	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 229) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 229)	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 229) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 229)					
	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 229) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 229)	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 229) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 229)	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 229) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 229)								
220A	VÉRIFIEZ 226 DANS QUESTIONNAIRE FEMME OU DEMANDEZ : Êtes-vous enceinte ?	<table border="0"> <tr> <td>OUI 1</td> <td>OUI 1</td> <td>OUI 1</td> </tr> <tr> <td>NON 2</td> <td>NON 2</td> <td>NON 2</td> </tr> <tr> <td>NE SAIT PAS 8</td> <td>NE SAIT PAS 8</td> <td>NE SAIT PAS 8</td> </tr> </table>	OUI 1	OUI 1	OUI 1	NON 2	NON 2	NON 2	NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8
OUI 1	OUI 1	OUI 1									
NON 2	NON 2	NON 2									
NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8									

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"/> . ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . ABSENTE 994 REFUS 995 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.			

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

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.
