FORMATTING DATE: 15 nov 2019
FRANÇAIS LANGUAGE: 15 nov 2019

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ
QUESTIONNAIRE BIOMARQUEUR - MÉNAGES ENFANTS SEULEMENTS

RÉPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE
OFFICE NATIONAL DE LA STATISTIQUE

IDENTIFICATION

WILAYA . . . . . [ ][ ]

MOUGHATAA . . . . . [ ]

COMMUNE . . . . . [ ][ ]

NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____

NUMÉRO DE L'UNITE PRIMAIRE . . . . . [ ][ ][ ][ ]

NUMÉRO DE L'UNITE SECONDAIRE . . . . . [ ][ ][ ][ ]

NUMÉRO DU MÉNAGE . . . . . [ ][ ][ ][ ]

MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ? (1=OUI, 2=NON) . . . . . [ ]

MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'HÉPATITE B ? (1=OUI, 2=NON) . . . . . [ ]

VÉRIFIEZ - POUR CE QUESTIONNAIRE, IL FAUT QUE LE MÉNAGE NE SOIT PAS SELECTIONNÉ NI POUR L'ENQUÊTE HOMME NI POUR L'HÉPATITE B

VISITES LE TECHNICIEN DE SANTÉ

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR [ ][ ]
NOM DU TECHNICIEN	_____	_____	_____	MOIS [ ][ ] ANNÉE [ ][ ][ ][ ]
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES [ ]
HEURE	_____	_____		

NOTES:

_____
_____
_____
_____
_____

TOTAL D'ENFANTS 0-5 ÉLIGIBLES [ ][ ]

LANGUE DU QUESTIONNAIRE** [0][2] LANGUE DE L'INTERVIEW** [ ][ ] LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ** [ ][ ] TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2) [ ]

LANGUE DU QUESTIONNAIRE** **FRANÇAIS**

**CODES LANGUES :
01 ARABE
02 FRANÇAIS
03 POULAR
04 SONINKE
05 WOLOF
96 AUTRE _____ (PRÉCISEZ)

CHEF D'ÉQUIPE

_____ NOM

[ ][ ][ ][ ] NUMÉRO

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

101	VÉRIFIEZ COLONNE 9A 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.9A .	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . ☐☐ NOM ____________	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . ☐☐ NOM ____________	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . ☐☐ NOM ____________
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : L'ENQUÊTRICE DOIT COPIER LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (JOUR, MOIS ET ANNÉE) DU TABLEAU DES NAISSANCES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE LE TECHNICIEN DE SANTÉ DOIT DEMANDER : Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR . . . . ☐☐ MOIS . . . . ☐☐ ANNÉE . ☐☐☐☐ VERIFIEZ L'ÂGE ; L'ENFANT DOIT ETRE MESURÉ : ALLONGÉ . . . . 1 DEBOUT 2	JOUR . . . . ☐☐ MOIS . . . . ☐☐ ANNÉE . ☐☐☐☐ VERIFIEZ L'ÂGE ; L'ENFANT DOIT ETRE MESURÉ : ALLONGÉ . . . . 1 DEBOUT 2	JOUR . . . . ☐☐ MOIS . . . . ☐☐ ANNÉE . ☐☐☐☐ VERIFIEZ L'ÂGE ; L'ENFANT DOIT ETRE MESURÉ : ALLONGÉ . . . . 1 DEBOUT 2
103A	VÉRIFIEZ L'ANNÉE D'AUJOURD'HUI	2019 . . . . 1 2020 . . . . 2 (PASSEZ À 104A) 2021 . . . . 3 (PASSEZ À 104B)	2019 . . . . 1 2020 . . . . 2 (PASSEZ À 104A) 2020 . . . . 3 (PASSEZ À 104B)	2019 . . . . 1 2020 . . . . 2 (PASSEZ À 104A) 2021 . . . . 3 (PASSEZ À 104B)
104	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2014-2019?	2014-2019 . . . . 1 (PASSEZ À 105) 2013 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 142)	2014-2019 . . . . 1 (PASSEZ À 105) 2013 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 142)	2014-2019 . . . . 1 (PASSEZ À 105) 2013 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 142)
104A	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2015-2020?	2015-2020 . . . . 1 2014 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 142)	2015-2020 . . . . 1 2014 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 142)	2015-2020 . . . . 1 2014 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 142)
104B	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2016-2021?	2016-2021 . . . . 1 2015 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 142)	2016-2021 . . . . 1 2015 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 142)	2016-2021 . . . . 1 2015 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 142)
105	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. . . . ☐☐.☐0 ABSENTE . . . . 9994 REFUS . . . . 9995 AUTRE 9996	KG. . . . ☐☐.☐0 ABSENTE . . . . 9994 REFUS . . . . 9995 AUTRE 9996	KG. . . . ☐☐.☐0 ABSENTE . . . . 9994 REFUS . . . . 9995 AUTRE 9996
106	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. . . . ☐☐☐.☐ ABSENTE . . . . 9994 REFUS . . . . 9995 AUTRE . . . . 9996 (ALLEZ À 108)	CM. . . . ☐☐☐.☐ ABSENTE . . . . 9994 REFUS . . . . 9995 AUTRE . . . . 9996 (ALLEZ À 108)	CM. . . . ☐☐☐.☐ ABSENTE . . . . 9994 REFUS . . . . 9995 AUTRE . . . . 9996 (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.	☐☐☐☐ L'AGENT DE TERRAIN	☐☐☐☐ L'AGENT DE TERRAIN	☐☐☐☐ L'AGENT DE TERRAIN
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 142) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS . . . . 1 (ALLEZ À 142) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS . . . . 1 (ALLEZ À 142) PLUS ÂGÉ 2
110	NOM DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT	____________ NOM	____________ NOM	____________ NOM

TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS - 5 ANS

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9A .	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . ☐☐ NOM ______________	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . ☐☐ NOM ______________	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . ☐☐ NOM ______________
111	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE	Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Nous demandons que tous les enfants nés en 2016, ou plus tard, participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête. Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?		
112	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE.	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	Dans le cadre de cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir le paludisme. Nous demandons que tous les enfants nés en 2016 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. Les enfants avec paludisme seront référés à un établissement de santé. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête. Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme?		
114	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ, ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN	ACCORDÉ . . . . 1 REFUS . . . . 2 ______________ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) ☐☐☐☐ ABSENTE/AUTRE 3	ACCORDÉ . . . . 1 REFUS . . . . 2 ______________ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) ☐☐☐☐ ABSENTE/AUTRE 3	ACCORDÉ . . . . 1 REFUS . . . . 2 ______________ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) ☐☐☐☐ ABSENTE/AUTRE 3
118	PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TEST(S) POUR LEQUELS/LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TEST(S).			

TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS - 5 ANS

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9A .	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . ☐☐ NOM ______________	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . ☐☐ NOM ______________	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . ☐☐ NOM ______________
119	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE	G/DL . . . . . ☐☐.☐ ABSENT . . . . 994 REFUS . . . . 995 AUTRE 996	G/DL . . . . . ☐☐.☐ ABSENT . . . . 994 REFUS . . . . 995 AUTRE 996	G/DL . . . . . ☐☐.☐ ABSENT . . . . 994 REFUS . . . . 995 AUTRE 996
120	ENCERCLER LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ . . . . 1 ABSENT . . . . 2 REFUS . . . . 3 AUTRE . . . . 6 (PASSEZ À 125)	TESTÉ . . . . 1 ABSENT . . . . 2 REFUS . . . . 3 AUTRE . . . . 6 (PASSEZ À 125)	TESTÉ . . . . 1 ABSENT . . . . 2 REFUS . . . . 3 AUTRE . . . . 6 (PASSEZ À 125)
124	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE	POSITIF FALCIPARUM . . . . . 1 POSITIF VIVAX . . . . . . 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX . . . . 3 (PASSEZ À 131) NÉGATIF . . . . 4 AUTRE 6	POSITIF FALCIPARUM . . . . . 1 POSITIF VIVAX . . . . . . 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX . . . . 3 (PASSEZ À 131) NÉGATIF . . . . 4 AUTRE 6	POSITIF FALCIPARUM . . . . . 1 POSITIF VIVAX . . . . . . 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX . . . . 3 (PASSEZ À 131) NÉGATIF . . . . 4 AUTRE 6
125	VÉRIFIEZ 119: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE . . . 1 8.0 G/DL OU PLUS . . . 2 ABSENT . . . . 3 REFUS . . . . 4 AUTRE . . . . 6 (PASSEZ À 142)	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE . . . 1 8.0 G/DL OU PLUS . . . 2 ABSENT . . . . 3 REFUS . . . . 4 AUTRE . . . . 6 (PASSEZ À 142)	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE . . . 1 8.0 G/DL OU PLUS . . . 2 ABSENT . . . . 3 REFUS . . . . 4 AUTRE . . . . 6 (PASSEZ À 142)
126	**DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.** ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST D'HÉMOGLOBINE DANS LA BROCHURE	Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené à un établissement de santé immédiatement. (PASSEZ À 142)		
131	**DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME.** ENREGISTRER LE RESULTAT DANS LA BROCHURE	Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant est malade et doit être amené tout de suite à un établissement de santé.		
137	VÉRIFIEZ 119: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE . . . . . 1 8.0 G/DL OU PLUS . . . . . 2 ABSENT . . . . 3 REFUS . . . . 4 AUTRE . . . . 6 (PASSEZ À 142)	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE . . . . . 1 8.0 G/DL OU PLUS . . . . . 2 ABSENT . . . . 3 REFUS . . . . 4 AUTRE . . . . 6 (PASSEZ À 142)	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE . . . . . 1 8.0 G/DL OU PLUS . . . . . 2 ABSENT . . . . 3 REFUS . . . . 4 AUTRE . . . . 6 (PASSEZ À 142)
138	**DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.** ENREGISTRER LE RESULTAT DANS LA BROCHURE	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.		
142	RETOURNEZ À 103 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA 1ERE COLONNE DE LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW			

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

101	VÉRIFIEZ COLONNE 9A 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 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9A .	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . ☐☐ NOM ________	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . ☐☐ NOM ________	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . ☐☐ NOM ________
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : L'ENQUÊTRICE DOIT COPIER LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (JOUR, MOIS ET ANNÉE) DU TABLEAU DES NAISSANCES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE LE TECHNICIEN DE SANTÉ DOIT DEMANDER : Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR . . . . ☐☐ MOIS . . . . ☐☐ ANNÉE . ☐☐☐☐ VERIFIEZ L'ÂGE ; L'ENFANT DOIT ETRE MESURÉ : ALLONGÉ . . . . 1 DEBOUT 2	JOUR . . . . ☐☐ MOIS . . . . ☐☐ ANNÉE . ☐☐☐☐ VERIFIEZ L'ÂGE ; L'ENFANT DOIT ETRE MESURÉ : ALLONGÉ . . . . 1 DEBOUT 2	JOUR . . . . ☐☐ MOIS . . . . ☐☐ ANNÉE . ☐☐☐☐ VERIFIEZ L'ÂGE ; L'ENFANT DOIT ETRE MESURÉ : ALLONGÉ . . . . 1 DEBOUT 2
103A	VÉRIFIEZ L'ANNÉE D'AUJOURD'HUI	2019 . . . . 1 2020 . . . . 2 (PASSEZ À 104A) 2021 . . . . 3 (PASSEZ À 104B)	2019 . . . . 1 2020 . . . . 2 (PASSEZ À 104A) 2020 . . . . 3 (PASSEZ À 104B)	2019 . . . . 1 2020 . . . . 2 (PASSEZ À 104A) 2021 . . . . 3 (PASSEZ À 104B)
104	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2014-2019?	2014-2019 . . . . 1 (PASSEZ À 105) 2013 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 142)	2014-2019 . . . . 1 (PASSEZ À 105) 2013 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 142)	2014-2019 . . . . 1 (PASSEZ À 105) 2013 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 142)
104A	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2015-2020?	2015-2020 . . . . 1 2014 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 142)	2015-2020 . . . . 1 2014 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 142)	2015-2020 . . . . 1 2014 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 142)
104B	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2016-2021?	2016-2021 . . . . 1 2015 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 142)	2016-2021 . . . . 1 2015 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 142)	2016-2021 . . . . 1 2015 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 142)
105	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. . . . ☐☐.☐0 ABSENTE . . . . .9994 REFUS . . . . .9995 AUTRE 9996	KG. . . . ☐☐.☐0 ABSENTE . . . . .9994 REFUS . . . . .9995 AUTRE 9996	KG. . . . ☐☐.☐0 ABSENTE . . . . .9994 REFUS . . . . .9995 AUTRE 9996
106	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. . . . ☐☐☐.☐ ABSENTE . . . . .9994 REFUS . . . . .9995 AUTRE . . . . .9996 (ALLEZ À 108)	CM. . . . ☐☐☐.☐ ABSENTE . . . . .9994 REFUS . . . . .9995 AUTRE . . . . .9996 (ALLEZ À 108)	CM. . . . ☐☐☐.☐ ABSENTE . . . . .9994 REFUS . . . . .9995 AUTRE . . . . .9996 (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.	☐☐☐☐ L'AGENT DE TERRAIN	☐☐☐☐ L'AGENT DE TERRAIN	☐☐☐☐ L'AGENT DE TERRAIN
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 142) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS . . . . 1 (ALLEZ À 142) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS . . . . 1 (ALLEZ À 142) PLUS ÂGÉ 2
110	NOM DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT	________ NOM	________ NOM	________ NOM

TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS - 5 ANS

<table>
<tr><th></th><th></th><th>ENFANT 4</th><th>ENFANT 5</th><th>ENFANT 6</th></tr>
<tr><td></td><td>VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE :
NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9A .</td><td>NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . ☐☐
NOM ____________</td><td>NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . ☐☐
NOM ____________</td><td>NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . ☐☐
NOM ____________</td></tr>
<tr><td>111</td><td>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE</td><td colspan="3">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 2016, ou plus tard, participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.
Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.
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 ?</td></tr>
<tr><td>112</td><td>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE.</td><td>ACCORDÉ 1
____
(SIGNATURE)
REFUS 2
ABSENTE/AUTRE . . . . . 3</td><td>ACCORDÉ 1
____
(SIGNATURE)
REFUS 2
ABSENTE/AUTRE . . . . . 3</td><td>ACCORDÉ 1
____
(SIGNATURE)
REFUS 2
ABSENTE/AUTRE . . . . . 3</td></tr>
<tr><td>113</td><td>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE</td><td colspan="3">Dans le cadre de cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir le paludisme.
Nous demandons que tous les enfants nés en 2016 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. Les enfants avec paludisme seront référés à un établissement de santé.
Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.
Avez-vous des questions à me poser ?
Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision.
Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme?</td></tr>
<tr><td>114</td><td>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ, ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN</td><td>ACCORDÉ 1
REFUS 2
____
(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN)
☐☐☐☐
ABSENTE/AUTRE . . . . . 3</td><td>ACCORDÉ 1
REFUS 2
____
(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN)
☐☐☐☐
ABSENTE/AUTRE . . . . . 3</td><td>ACCORDÉ 1
REFUS 2
____
(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN)
☐☐☐☐
ABSENTE/AUTRE . . . . . 3</td></tr>
</table>

TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS - 5 ANS

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9A .	NUMÉRO DE LIGNE ...... ☐☐ NOM ________	NUMÉRO DE LIGNE ...... ☐☐ NOM ________	NUMÉRO DE LIGNE ...... ☐☐ NOM ________
118	PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TEST(S) POUR LEQUELS/LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TEST(S).			
119	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE	G/DL ..... ☐☐.☐ ABSENT .... 994 REFUS .... 995 AUTRE 996	G/DL ..... ☐☐.☐ ABSENT .... 994 REFUS .... 995 AUTRE 996	G/DL ..... ☐☐.☐ ABSENT .... 994 REFUS .... 995 AUTRE 996
120	ENCERCLER LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ .... 1 ABSENT .... 2 REFUS .... 3 AUTRE .... 6 (PASSEZ À 125)	TESTÉ .... 1 ABSENT .... 2 REFUS .... 3 AUTRE .... 6 (PASSEZ À 125)	TESTÉ .... 1 ABSENT .... 2 REFUS .... 3 AUTRE .... 6 (PASSEZ À 125)
124	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE	POSITIF FALCIPARUM ..... 1 POSITIF VIVAX ...... 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX .... 3 (PASSEZ À 131) NÉGATIF .... 4 AUTRE 6	POSITIF FALCIPARUM ..... 1 POSITIF VIVAX ...... 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX .... 3 (PASSEZ À 131) NÉGATIF .... 4 AUTRE 6	POSITIF FALCIPARUM ..... 1 POSITIF VIVAX ...... 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX .... 3 (PASSEZ À 131) NÉGATIF .... 4 AUTRE 6
125	VÉRIFIEZ 119: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT .... 3 REFUS .... 4 AUTRE .... 6 (PASSEZ À 142)	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT .... 3 REFUS .... 4 AUTRE .... 6 (PASSEZ À 142)	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT .... 3 REFUS .... 4 AUTRE .... 6 (PASSEZ À 142)
126	**DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.** ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST D'HÉMOGLOBINE DANS LA BROCHURE	Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené à un établissement de santé immédiatement. (PASSEZ À 142)		
131	**DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME.** ENREGISTRER LE RESULTAT DANS LA BROCHURE	Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant est malade et doit être amené tout de suite à un établissement de santé.		
137	VÉRIFIEZ 119: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT .... 3 REFUS .... 4 AUTRE .... 6 (PASSEZ À 142)	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT .... 3 REFUS .... 4 AUTRE .... 6 (PASSEZ À 142)	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT .... 3 REFUS .... 4 AUTRE .... 6 (PASSEZ À 142)
138	**DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.** ENREGISTRER LE RESULTAT DANS LA BROCHURE	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.		
142	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, TERMINEZ L'INTERVIEW.			

OBSERVATIONS DE L'AGENT DE TERRAIN

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

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

Mois actuel	L'enfant doit être mesuré ALLONGE s'il est né :	L'enfant doit être mesuré DEBOUT s'il est né :
Octobre 2019	Entre Novembre 2017 et aujourd'hui	En Octobre 2017 ou avant
Novembre 2019	Entre Décembre 2017 et aujourd'hui	En Novembre 2017 ou avant
Décembre 2019	Entre Janvier 2018 et aujourd'hui	En Décembre 2017 ou avant
Janvier 2020	Entre Février 2018 et aujourd'hui	En Janvier 2018 ou avant
Février 2020	Entre Mars 2018 et aujourd'hui	En Février 2018 ou avant
Mars 2020	Entre Avril 2018 et aujourd'hui	En Mars 2018 ou avant
Avril 2020	Entre Mai 2018 et aujourd'hui	En Avril 2018 ou avant

FORMATTING DATE: 15 nov 2019
FRANÇAIS LANGUAGE: 15 nov 2019

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ (EDS 2019-2021)
QUESTIONNAIRE BIOMARQUEUR - MÉNAGES ENFANTS PLUS FEMMES

RÉPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE
OFFICE NATIONAL DE LA STATISTIQUE

IDENTIFICATION

WILAYA . . . . . [ ][ ]

MOUGHATAA . . . . . [ ]

COMMUNE . . . . . [ ][ ]

NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____

NUMÉRO DE L'UNITE PRIMAIRE . . . . . [ ][ ][ ][ ]

NUMÉRO DE L'UNITE SECONDAIRE . . . . . [ ][ ][ ][ ]

NUMÉRO DU MÉNAGE . . . . . [ ][ ][ ][ ]

MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ? (1=OUI, 2=NON) . . . . . [ ]

MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'HÉPATITE B ? (1=OUI, 2=NON) . . . . . [ ]

VÉRIFIEZ - POUR CE QUESTIONNAIRE, IL FAUT QUE LE MÉNAGE SOIT SELECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME MAIS PAS POUR L'HÉPATITE B

VISITES DE TECHNICIEN DE SANTÉ

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR [ ][ ]
NOM DU TECHNICIEN	_____	_____	_____	MOIS [ ][ ] ANNÉE [ ][ ][ ][ ]
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES [ ]
HEURE	_____	_____		

NOTES:

_____
_____
_____
_____
_____

TOTAL DE FEMMES 15-49 ÉLIGIBLES [ ][ ]

TOTAL D'ENFANTS 0-5 ÉLIGIBLES [ ][ ]

LANGUE DU QUESTIONNAIRE** [0][2] LANGUE DE L'INTERVIEW** [ ][ ] LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ** [ ][ ] TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2) [ ]

LANGUE DU QUESTIONNAIRE** **FRANÇAIS**

**CODES LANGUES :
01 ARABE
02 FRANÇAIS
03 POULAR
04 SONINKE
05 WOLOF
96 AUTRE _____ (PRÉCISEZ)

CHEF D'ÉQUIPE

_____ NOM

[ ][ ][ ][ ] NUMÉRO

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

101	VÉRIFIEZ COLONNE 9A 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.9A .	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . ☐☐ NOM ______________	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . ☐☐ NOM ______________	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . ☐☐ NOM ______________
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : L'ENQUÊTRICE DOIT COPIER LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (JOUR, MOIS ET ANNÉE) DU TABLEAU DES NAISSANCES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE LE TECHNICIEN DE SANTÉ DOIT DEMANDER : Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR . . . . ☐☐ MOIS . . . . ☐☐ ANNÉE . ☐☐☐☐ VERIFIEZ L'ÂGE ; L'ENFANT DOIT ETRE MESURÉ : ALLONGÉ . . . . 1 DEBOUT 2	JOUR . . . . ☐☐ MOIS . . . . ☐☐ ANNÉE . ☐☐☐☐ VERIFIEZ L'ÂGE ; L'ENFANT DOIT ETRE MESURÉ : ALLONGÉ . . . . 1 DEBOUT 2	JOUR . . . . ☐☐ MOIS . . . . ☐☐ ANNÉE . ☐☐☐☐ VERIFIEZ L'ÂGE ; L'ENFANT DOIT ETRE MESURÉ : ALLONGÉ . . . . 1 DEBOUT 2
103A	VÉRIFIEZ : AUJOURD'HUI NOUS SOMMES EN 2019 OU 2020 OU 2021?	2019 . . . . 1 2020 . . . . 2 (PASSEZ À 104A) 2021 . . . . 3 (PASSEZ À 104B)	2019 . . . . 1 2020 . . . . 2 (PASSEZ À 104A) 2021 . . . . 3 (PASSEZ À 104B)	2019 . . . . 1 2020 . . . . 2 (PASSEZ À 104A) 2021 . . . . 3 (PASSEZ À 104B)
104	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2014-2019?	2014-2019 . . . . 1 (PASSEZ À 105) 2013 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 116)	2014-2019 . . . . 1 (PASSEZ À 105) 2013 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 116)	2014-2019 . . . . 1 (PASSEZ À 105) 2013 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 116)
104A	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2015-2020?	2015-2020 . . . . 1 2014 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 116)	2015-2020 . . . . 1 2014 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 116)	2015-2020 . . . . 1 2014 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 116)
104B	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2016-2021?	2016-2021 . . . . 1 2015 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 116)	2016-2021 . . . . 1 2015 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 116)	2016-2021 . . . . 1 2015 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 116)
105	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. . . . ☐☐.☐0 ABSENTE . . . . .9994 REFUS . . . . .9995 AUTRE 9996	KG. . . . ☐☐.☐0 ABSENTE . . . . .9994 REFUS . . . . .9995 AUTRE 9996	KG. . . . ☐☐.☐0 ABSENTE . . . . .9994 REFUS . . . . .9995 AUTRE 9996
106	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. . . . ☐☐☐.☐ ABSENTE . . . . .9994 REFUS . . . . .9995 AUTRE . . . . .9996 (ALLEZ À 108)	CM. . . . ☐☐☐.☐ ABSENTE . . . . .9994 REFUS . . . . .9995 AUTRE . . . . .9996 (ALLEZ À 108)	CM. . . . ☐☐☐.☐ ABSENTE . . . . .9994 REFUS . . . . .9995 AUTRE . . . . .9996 (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.	☐☐☐☐ L'AGENT DE TERRAIN	☐☐☐☐ L'AGENT DE TERRAIN	☐☐☐☐ L'AGENT DE TERRAIN
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 142) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS . . . . 1 (ALLEZ À 142) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS . . . . 1 (ALLEZ À 142) PLUS ÂGÉ 2
110	NOM DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT	______________ NOM	______________ NOM	______________ NOM

TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS - 5 ANS

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9A .	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . ☐☐ NOM ____________	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . ☐☐ NOM ____________	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . ☐☐ NOM ____________
111	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE	Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Nous demandons que tous les enfants nés en 2014 [2016]*, ou plus tard, participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête. Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?		
112	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE.	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	Dans le cadre de cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir le paludisme. Nous demandons que tous les enfants nés en 2014 [2016]* 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. Les enfants avec paludisme seront référés à un établissement de santé. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête. Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme?		
114	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ, ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN	ACCORDÉ . . . . 1 REFUS . . . . 2 ____________ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) ☐☐☐☐ ABSENTE/AUTRE 3	ACCORDÉ . . . . 1 REFUS . . . . 2 ____________ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) ☐☐☐☐ ABSENTE/AUTRE 3	ACCORDÉ . . . . 1 REFUS . . . . 2 ____________ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) ☐☐☐☐ ABSENTE/AUTRE 3
118	PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TEST(S) POUR LEQUELS/LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TEST(S).			

TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS - 5 ANS

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9A .	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . ☐☐ NOM ______________	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . ☐☐ NOM ______________	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . ☐☐ NOM ______________
119	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE	G/DL . . . . . ☐☐.☐ ABSENT . . . . 994 REFUS . . . . 995 AUTRE 996	G/DL . . . . . ☐☐.☐ ABSENT . . . . 994 REFUS . . . . 995 AUTRE 996	G/DL . . . . . ☐☐.☐ ABSENT . . . . 994 REFUS . . . . 995 AUTRE 996
120	ENCERCLER LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ . . . . 1 ABSENT . . . . 2 REFUS . . . . 3 AUTRE . . . . 6 (PASSEZ À 125) ←	TESTÉ . . . . 1 ABSENT . . . . 2 REFUS . . . . 3 AUTRE . . . . 6 (PASSEZ À 125) ←	TESTÉ . . . . 1 ABSENT . . . . 2 REFUS . . . . 3 AUTRE . . . . 6 (PASSEZ À 125) ←
124	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE	POSITIF FALCIPARUM . . . . . 1 POSITIF VIVAX . . . . . . 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX . . . . 3 (PASSEZ À 131) ← NÉGATIF . . . . 4 AUTRE 6	POSITIF FALCIPARUM . . . . . 1 POSITIF VIVAX . . . . . . 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX . . . . 3 (PASSEZ À 131) ← NÉGATIF . . . . 4 AUTRE 6	POSITIF FALCIPARUM . . . . . 1 POSITIF VIVAX . . . . . . 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX . . . . 3 (PASSEZ À 131) ← NÉGATIF . . . . 4 AUTRE 6
125	VÉRIFIEZ 119: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE . . . 1 8.0 G/DL OU PLUS . . . 2 ABSENT . . . . 3 REFUS . . . . 4 AUTRE . . . . 6 (PASSEZ À 142) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE . . . 1 8.0 G/DL OU PLUS . . . 2 ABSENT . . . . 3 REFUS . . . . 4 AUTRE . . . . 6 (PASSEZ À 142) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE . . . 1 8.0 G/DL OU PLUS . . . 2 ABSENT . . . . 3 REFUS . . . . 4 AUTRE . . . . 6 (PASSEZ À 142) ←
126	**DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.** ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST D'HÉMOGLOBINE DANS LA BROCHURE	Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené à un établissement de santé immédiatement. (PASSEZ À 142)		
131	**DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME.** ENREGISTRER LE RESULTAT DANS LA BROCHURE	Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant est malade et doit être amené tout de suite à un établissement de santé.		
137	VÉRIFIEZ 119: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE . . . . . 1 8.0 G/DL OU PLUS . . . . . 2 ABSENT . . . . 3 REFUS . . . . 4 AUTRE . . . . 6 (PASSEZ À 142) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE . . . . . 1 8.0 G/DL OU PLUS . . . . . 2 ABSENT . . . . 3 REFUS . . . . 4 AUTRE . . . . 6 (PASSEZ À 142) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE . . . . . 1 8.0 G/DL OU PLUS . . . . . 2 ABSENT . . . . 3 REFUS . . . . 4 AUTRE . . . . 6 (PASSEZ À 142) ←
138	**DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.** ENREGISTRER LE RESULTAT DANS LA BROCHURE	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.		
142	RETOURNEZ À 103 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA 1ERE COLONNE DE LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, TERMINEZ L'INTERVIEW			

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

101	VÉRIFIEZ COLONNE 9A 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 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9A .	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . ☐☐ NOM ________________	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . ☐☐ NOM ________________	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . ☐☐ NOM ________________
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : L'ENQUÊTRICE DOIT COPIER LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (JOUR, MOIS ET ANNÉE) DU TABLEAU DES NAISSANCES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE LE TECHNICIEN DE SANTÉ DOIT DEMANDER : Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR . . . . ☐☐ MOIS . . . . ☐☐ ANNÉE . ☐☐☐☐ VERIFIEZ L'ÂGE ; L'ENFANT DOIT ETRE MESURÉ : ALLONGÉ . . . . 1 DEBOUT 2	JOUR . . . . ☐☐ MOIS . . . . ☐☐ ANNÉE . ☐☐☐☐ VERIFIEZ L'ÂGE ; L'ENFANT DOIT ETRE MESURÉ : ALLONGÉ . . . . 1 DEBOUT 2	JOUR . . . . ☐☐ MOIS . . . . ☐☐ ANNÉE . ☐☐☐☐ VERIFIEZ L'ÂGE ; L'ENFANT DOIT ETRE MESURÉ : ALLONGÉ . . . . 1 DEBOUT 2
103A	VÉRIFIEZ : AUJOURD'HUI NOUS SOMMES EN 2019 OU 2020 OU 2021?	2019 . . . . 1 2020 . . . . 2 (PASSEZ À 104A) 2021 . . . . 3 (PASSEZ À 104B)	2019 . . . . 1 2020 . . . . 2 (PASSEZ À 104A) 2021 . . . . 3 (PASSEZ À 104B)	2019 . . . . 1 2020 . . . . 2 (PASSEZ À 104A) 2021 . . . . 3 (PASSEZ À 104B)
104	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2014-2019?	2014-2019 . . . . 1 (PASSEZ À 105) 2013 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 142)	2014-2019 . . . . 1 (PASSEZ À 105) 2013 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 142)	2014-2019 . . . . 1 (PASSEZ À 105) 2013 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 142)
104A	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2015-2020?	2015-2020 . . . . 1 2014 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 142)	2015-2020 . . . . 1 2014 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 142)	2015-2020 . . . . 1 2014 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 142)
104B	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2016-2021?	2016-2021 . . . . 1 2015 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 116)	2016-2021 . . . . 1 2015 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 116)	2016-2021 . . . . 1 2015 OU AVANT . . . . . . 2 (PASSEZ À 116)
105	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. . . . ☐☐.☐0 ABSENTE . . . . .9994 REFUS . . . . .9995 AUTRE 9996	KG. . . . ☐☐.☐0 ABSENTE . . . . .9994 REFUS . . . . .9995 AUTRE 9996	KG. . . . ☐☐.☐0 ABSENTE . . . . .9994 REFUS . . . . .9995 AUTRE 9996
106	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. . . . ☐☐☐.☐ ABSENTE . . . . .9994 REFUS . . . . .9995 AUTRE . . . . .9996 (ALLEZ À 108)	CM. . . . ☐☐☐.☐ ABSENTE . . . . .9994 REFUS . . . . .9995 AUTRE . . . . .9996 (ALLEZ À 108)	CM. . . . ☐☐☐.☐ ABSENTE . . . . .9994 REFUS . . . . .9995 AUTRE . . . . .9996 (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.	☐☐☐☐ L'AGENT DE TERRAIN	☐☐☐☐ L'AGENT DE TERRAIN	☐☐☐☐ L'AGENT DE TERRAIN
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 142) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS . . . . 1 (ALLEZ À 142) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS . . . . 1 (ALLEZ À 142) PLUS ÂGÉ 2
110	NOM DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT	________________ NOM	________________ NOM	________________ NOM

TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS - 5 ANS

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9A .	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . ☐☐ NOM ______________	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . ☐☐ NOM ______________	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . ☐☐ NOM ______________
111	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE	Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Nous demandons que tous les enfants nés en 2014 [2016]*, ou plus tard, participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête. Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?		
112	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE.	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	Dans le cadre de cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir le paludisme. Nous demandons que tous les enfants nés en 2014 [2016]* 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. Les enfants avec paludisme seront référés à un établissement de santé. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête. Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme?		
114	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ, ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN	ACCORDÉ . . . . 1 REFUS . . . . 2 ______________ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) ☐☐☐☐ ABSENTE/AUTRE 3	ACCORDÉ . . . . 1 REFUS . . . . 2 ______________ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) ☐☐☐☐ ABSENTE/AUTRE 3	ACCORDÉ . . . . 1 REFUS . . . . 2 ______________ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) ☐☐☐☐ ABSENTE/AUTRE 3
118	PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TEST(S) POUR LEQUELS/LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TEST(S).			

TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS - 5 ANS

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9A .	NUMÉRO DE LIGNE ...... ☐☐ NOM ________	NUMÉRO DE LIGNE ...... ☐☐ NOM ________	NUMÉRO DE LIGNE ...... ☐☐ NOM ________
119	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE	G/DL ..... ☐☐.☐ ABSENT .... 994 REFUS .... 995 AUTRE 996	G/DL ..... ☐☐.☐ ABSENT .... 994 REFUS .... 995 AUTRE 996	G/DL ..... ☐☐.☐ ABSENT .... 994 REFUS .... 995 AUTRE 996
120	ENCERCLER LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ .... 1 ABSENT .... 2 REFUS .... 3 AUTRE .... 6 (PASSEZ À 125)	TESTÉ .... 1 ABSENT .... 2 REFUS .... 3 AUTRE .... 6 (PASSEZ À 125)	TESTÉ .... 1 ABSENT .... 2 REFUS .... 3 AUTRE .... 6 (PASSEZ À 125)
124	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE	POSITIF FALCIPARUM ..... 1 POSITIF VIVAX ...... 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX .... 3 (PASSEZ À 131) NÉGATIF .... 4 AUTRE 6	POSITIF FALCIPARUM ..... 1 POSITIF VIVAX ...... 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX .... 3 (PASSEZ À 131) NÉGATIF .... 4 AUTRE 6	POSITIF FALCIPARUM ..... 1 POSITIF VIVAX ...... 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX .... 3 (PASSEZ À 131) NÉGATIF .... 4 AUTRE 6
125	VÉRIFIEZ 119: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT .... 3 REFUS .... 4 AUTRE .... 6 (PASSEZ À 142)	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT .... 3 REFUS .... 4 AUTRE .... 6 (PASSEZ À 142)	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT .... 3 REFUS .... 4 AUTRE .... 6 (PASSEZ À 142)
126	**DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.** ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST D'HÉMOGLOBINE DANS LA BROCHURE	Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené à un établissement de santé immédiatement. (PASSEZ À 142)		
131	**DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME.** ENREGISTRER LE RESULTAT DANS LA BROCHURE	Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant est malade et doit être amené tout de suite à un établissement de santé.		
137	VÉRIFIEZ 119: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT .... 3 REFUS .... 4 AUTRE .... 6 (PASSEZ À 142)	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT .... 3 REFUS .... 4 AUTRE .... 6 (PASSEZ À 142)	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT .... 3 REFUS .... 4 AUTRE .... 6 (PASSEZ À 142)
138	**DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.** ENREGISTRER LE RESULTAT DANS LA BROCHURE	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.		
142	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, TERMINEZ L'INTERVIEW.			

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 . . . . . . NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE . . . . . . 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 MARIÉE) . . . . 1 AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS MARIÉE) . . . . 1 AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS MARIÉE) . . . . 1 AUTRE 2
205	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. . . . . 0 ABSENTE . . . . . 99994 REFUS . . . . . 99995 AUTRE 99996	KG. . . . . 0 ABSENTE . . . . . 99994 REFUS . . . . . 99995 AUTRE 99996	KG. . . . . 0 ABSENTE . . . . . 99994 REFUS . . . . . 99995 AUTRE 99996
206	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. . . . . . ABSENTE . . . . . 9994 REFUS . . . . . 9995 AUTRE 9996	CM. . . . . . ABSENTE . . . . . 9994 REFUS . . . . . 9995 AUTRE 9996	CM. . . . . . ABSENTE . . . . . 9994 REFUS . . . . . 9995 AUTRE 9996
207	MESUREUR: INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	L'AGENT DE TERRAIN	L'AGENT DE TERRAIN	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 MARIÉE) 1 (ALLEZ À 216) AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS MARIÉE) 1 (ALLEZ À 216) AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS MARIÉE) 1 (ALLEZ À 216) AUTRE 2

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

CONSENTEMENT ADULTE

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM	NOM	NOM
		CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE ADULTE POUR LE TEST D'ANÉMIE		
210	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE.	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. Pour le test d'anémie, nous avons besoins 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. 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 ?		
211	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ . . . . 1 ENQUÊTÉE REFUSE . . . . . . 2 (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 237) ABSENTE/AUTRE . . . . 3 (ALLEZ À 237)	ACCORDÉ . . . . 1 ENQUÊTÉE REFUSE . . . . . . 2 (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 237) ABSENTE/AUTRE . . . . 3 (ALLEZ À 237)	ACCORDÉ . . . . 1 ENQUÊTÉE REFUSE . . . . . . 2 (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 237) ABSENTE/AUTRE . . . . 3 (ALLEZ À 237)
211A	Êtes-vous enceinte ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS . . . . 8 (ALLEZ À 229)	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS . . . . 8 (ALLEZ À 229)	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS . . . . 8 (ALLEZ À 229)

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 ____________
	216	NOM DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ADOLESCENTE .	____________ NOM	____________ NOM	____________ NOM
		CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE			
PARENT — ADULTE RESP.	217	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR LE TEST D'ANÉMIE.	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. 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. 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 ?		
	218	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ . . . . 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ . . . . 2 ____________ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 237) ABSENTE/AUTRE . . . . 3 (ALLEZ À 237)	ACCORDÉ . . . . 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ . . . . 2 ____________ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 237) ABSENTE/AUTRE . . . . 3 (ALLEZ À 237)	ACCORDÉ . . . . 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ . . . . 2 ____________ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 237) ABSENTE/AUTRE . . . . 3 (ALLEZ À 237)
		CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST D'ANÉMIE			
CONSENTEMENT DE MINEURE	219	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST D'ANÉMIE.	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. 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. Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Voulez-vous participer au test d'anémie ?		
	220	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ . . . . 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ . . . . 2 ____________ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 237) ABSENTE/AUTRE . . . . 3 (ALLEZ À 237)	ACCORDÉ . . . . 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ . . . . 2 ____________ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 237) ABSENTE/AUTRE . . . . 3 (ALLEZ À 237)	ACCORDÉ . . . . 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ . . . . 2 ____________ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 237) ABSENTE/AUTRE . . . . 3 (ALLEZ À 237)
	220A	Êtes-vous enceinte ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 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	G/DL . . . . ☐☐.☐ ABSENTE . . . . 994 REFUS . . . . 995 AUTRE 996	G/DL . . . . ☐☐.☐ ABSENTE . . . . 994 REFUS . . . . 995 AUTRE 996	G/DL . . . . ☐☐.☐ ABSENTE . . . . 994 REFUS . . . . 995 AUTRE 996
232	VÉRIFIEZ 231: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE . . . . . . 1 8.0 G/DL OU PLUS . . . . 2 ABSENT . . . . 3 REFUS . . . . 4 AUTRE . . . . 6 (PASSEZ À 237)	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE . . . . . . 1 8.0 G/DL OU PLUS . . . . 2 ABSENT . . . . 3 REFUS . . . . 4 AUTRE . . . . 6 (PASSEZ À 237)	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE . . . . . . 1 8.0 G/DL OU PLUS . . . . 2 ABSENT . . . . 3 REFUS . . . . 4 AUTRE . . . . 6 (PASSEZ À 237)
234	**DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.** ENREGISTRER LE RESULTAT DANS LA BROCHURE	Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (vous avez/(NOM) a) une anémie sévère. (Vous êtes/(NOM) est) sérieusement malade et (vous devez allez/(NOM) doit être amené) à un établissement de santé immédiatement.		
237	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.			

OBSERVATIONS DE L'AGENT DE TERRAIN

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

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

Mois actuel	L'enfant doit être mesuré ALLONGE s'il est né :	L'enfant doit être mesuré DEBOUT s'il est né :
Octobre 2019	Entre Novembre 2017 et aujourd'hui	En Octobre 2017 ou avant
Novembre 2019	Entre Décembre 2017 et aujourd'hui	En Novembre 2017 ou avant
Décembre 2019	Entre Janvier 2018 et aujourd'hui	En Décembre 2017 ou avant
Janvier 2020	Entre Février 2018 et aujourd'hui	En Janvier 2018 ou avant
Février 2020	Entre Mars 2018 et aujourd'hui	En Février 2018 ou avant
Mars 2020	Entre Avril 2018 et aujourd'hui	En Mars 2018 ou avant
Avril 2020	Entre Mai 2018 et aujourd'hui	En Avril 2018 ou avant