

ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME AU MALI (EIP Mali 2021)
QUESTIONNAIRE BIOMARQUEUR

IDENTIFICATION																																												
NOM DE LA LOCALITÉ _____																																												
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																																												
NUMÉRO DE GRAPPE				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																								
NUMÉRO DE CONCESSION				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																								
NUMÉRO DU MÉNAGE				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																								
VISITES D'AGENT ENQUÊTEUR																																												
	1	2	3	VISITE FINALE																																								
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																																								
NOM DE L'AGENT ENQUÊTEUR	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																																								
				ANNÉE <table border="1" style="width: 80px; height: 20px; float: right;"> <tr><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>1</td></tr> </table>	2	0	2	1																																				
2	0	2	1																																									
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"> <tr><td> </td></tr> </table>																																								
	_____	_____																																										
NOTES:				TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES <table border="1" style="width: 60px; height: 20px; float: right;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																																								
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																																												
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">LANGUE DU QUESTIONNAIRE**</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><table border="1" style="width: 20px; height: 20px;">0</table></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><table border="1" style="width: 20px; height: 20px;">1</table></td> <td style="width: 20%;">LANGUE DE L'INTERVIEW**</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table></td> <td style="width: 20%;">LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTE**</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table></td> <td style="width: 10%;">INTERPRÈTE UTILISÉ <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table></td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: right;">(OUI = 1, NON = 2)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">LANGUE DU QUESTIONNAIRE**</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">FRANÇAIS</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> <td colspan="5"> **CODES LANGUES : 01 FRANÇAIS 02 BAMBARA/MALINKÉ 03 SONRAÏ/DJERMA 04 PEUHL/FOULFOULDÉ 05 SÉNOUFO 06 MARKA/SONINKÉ 07 DOGON 08 MINIANKA 09 TAMACHECK 10 BOBO/DAFING 11 BOZO 96 AUTRE _____ (PRÉCISEZ) </td> </tr> </table>					LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;">0</table>	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;">1</table>	LANGUE DE L'INTERVIEW**	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>	LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTE**	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>	INTERPRÈTE UTILISÉ <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>	(OUI = 1, NON = 2)										LANGUE DU QUESTIONNAIRE**		FRANÇAIS													**CODES LANGUES : 01 FRANÇAIS 02 BAMBARA/MALINKÉ 03 SONRAÏ/DJERMA 04 PEUHL/FOULFOULDÉ 05 SÉNOUFO 06 MARKA/SONINKÉ 07 DOGON 08 MINIANKA 09 TAMACHECK 10 BOBO/DAFING 11 BOZO 96 AUTRE _____ (PRÉCISEZ)				
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;">0</table>	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;">1</table>	LANGUE DE L'INTERVIEW**	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>	LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTE**	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>	INTERPRÈTE UTILISÉ <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>																																			
(OUI = 1, NON = 2)																																												
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**		FRANÇAIS																																										
					**CODES LANGUES : 01 FRANÇAIS 02 BAMBARA/MALINKÉ 03 SONRAÏ/DJERMA 04 PEUHL/FOULFOULDÉ 05 SÉNOUFO 06 MARKA/SONINKÉ 07 DOGON 08 MINIANKA 09 TAMACHECK 10 BOBO/DAFING 11 BOZO 96 AUTRE _____ (PRÉCISEZ)																																							
CHEF D'ÉQUIPE																																												
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">_____</td> <td style="width: 70%; text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">NOM</td> <td style="text-align: center;">NUMÉRO</td> </tr> </table>					_____	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>					NOM	NUMÉRO																																
_____	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																											
NOM	NUMÉRO																																											

TESTS D'ANÉMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS-4 ANS

101	VÉRIFIEZ LE RESULTAT CAPI DE LA "LISTE DES INDIVIDUS/BIOMARQUEURS ÉLIGIBLES" INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES ÂGÉS DE 0-5 ANS À 102 SUR CETTE PAGE ET SUR LES PAGES SUIVANTES À PARTIR DU PREMIER INSCRIT. SI PLUS DE 3 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRE (S) SUPPLÉMENTAIRE (S).		
	ENFANT 1		ALLEZ À
102	VÉRIFIEZ LE RESULTAT CAPI, LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'ENFANT.	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>	
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L' ENFANT (JOUR , MOIS, ET ANNEE) À PARTIR DE L' HISTORIQUE 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"/>	
104	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ L'ÂGE DE L'ENFANT À PARTIR DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 103 ET/OU 104 SI INCONSISTANT.	ÂGE EN ANNÉES REVOLUES <input type="text"/>	
105	VÉRIFIEZ 104: L'ENFANT A 0-4 ANS? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 129
106	VÉRIFIEZ 103:L'ENFANT A-T-IL 0-5 MOIS OU L'ENFANT EST-IL PLUS ÂGÉ ? PLUS ÂGÉ <input type="checkbox"/> 0-5 MOIS <input type="checkbox"/>		→ 129
107	NOM DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 2 DU TABLEAU MÉNAGE).	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
108	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LES TESTS DE PALUDISME ET D'ANÉMIE :</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme et un test pour vérifier s'ils ont ou non l'anémie. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Cette enquête aidera à développer des programmes pour prévenir et traiter le paludisme et l'anémie. Nous demandons que tous les enfants âgés de 6 mois à 4 ans participent aux tests de paludisme et d'anémie. Les tests nécessitent quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. L'équipement utilisé pour prendre le sang est 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 le paludisme et l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer aux tests de paludisme et d'anémie ?</p>		
109	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ 1 REFUS 2 PAS PRÉSENT/AUTRE 3	→ 113
110	SIGNEZ ET INSCRIVEZ TON NUMÉRO DE L'AGENT ENQUÊTEUR	_____ (SIGNATURE) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO DE L'AGENT	

TESTS D'ANÉMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS-4 ANS

ENFANT 1		ALLEZ À																														
111	SI LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU, PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES POUR LES TESTS ET CONTINUEZ AVEC LES TESTS.																															
113	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PAS PRÉSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996																														
114	ENREGISTREZ LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF 1 NÉGATIF 2 → 126 PAS PRÉSENT 4 → 128 REFUS 5 AUTRE 6 → 126																														
115	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants : a) Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême? b) Palpitations cardiaques ou faible battement du cœur? c) Perte de conscience? d) Respiration difficile ou rapide ? e) De multiples convulsions ? f) Saignements anormaux ? g) Jaunisse ou peau jaunâtre ? h) Urines foncées ? i) Incapable de boire ou téter?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) FAIBLESSE EXTRÊME</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) PROBLÈMES CARDIAQUES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) PERTE DE CONSCIENCE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) CONVULSIONS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) SAIGNEMENTS ANORMAUX</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) URINE FONCÉES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>i) INCAPABLE DE BOIRE OU TÉTER</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	a) FAIBLESSE EXTRÊME	1	2	b) PROBLÈMES CARDIAQUES	1	2	c) PERTE DE CONSCIENCE	1	2	d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE	1	2	e) CONVULSIONS	1	2	f) SAIGNEMENTS ANORMAUX	1	2	g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE	1	2	h) URINE FONCÉES	1	2	i) INCAPABLE DE BOIRE OU TÉTER	1	2
	OUI	NON																														
a) FAIBLESSE EXTRÊME	1	2																														
b) PROBLÈMES CARDIAQUES	1	2																														
c) PERTE DE CONSCIENCE	1	2																														
d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE	1	2																														
e) CONVULSIONS	1	2																														
f) SAIGNEMENTS ANORMAUX	1	2																														
g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE	1	2																														
h) URINE FONCÉES	1	2																														
i) INCAPABLE DE BOIRE OU TÉTER	1	2																														
116	VÉRIFIEZ 115: Y A-T-IL UN 'OUI' NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	→ 118																														
117	VÉRIFIEZ 113 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS 8.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE 1 8.0 G/DL OU AU-DESSUS ... 2 → 119 AUTRE 6																														
118	<u>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE.</u> Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme sévère. 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. ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DU PALUDISME SÉVÈRE.	→ 126																														
119	Au cours des 2 dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la CTA donnée par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI 1 NON 2 → 121																														
120	<u>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION].</u> Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu de la CTA pour le paludisme. Je ne peux donc pas vous donner de la 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 la CTA, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens approfondis.	→ 128																														

TESTS D'ANÉMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS-4 ANS

ENFANT 1		ALLEZ À															
121	<p>LIRE LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.</p> <p>Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé Artéméther-Luméfantrine (AL). L'AL 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.</p>																
122	<p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p>	<p>MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 AUTRE 6</p> <p>→ 128</p>															
123	<p>SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO D'AGENT ENQUÊTEUR</p>	<p>_____ (SIGNATURE)</p> <p>□ □ □ □ NUMÉRO DE L'AGENT</p>															
124	<p>VÉRIFIEZ 122: MÉDICAMENT ACCEPTÉ ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>→ 128</p>															
125	<p>LISEZ LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <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 rowspan="2">ÂGE</th> <th colspan="3">DOSAGE</th> </tr> <tr> <th>JOUR 1</th> <th>JOUR 2</th> <th>JOUR 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>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> </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 2 jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p>	ÂGE	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	<p>→ 128</p>
ÂGE	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														
126	<p>VÉRIFIEZ 113 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE</p>	<p>EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE 1 7.0 G/DL OU AU-DESSUS . . . 2 AUTRE 6</p> <p>→ 128</p>															
127	<p><u>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u></p> <p>Le test d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est très malade et doit être emmené immédiatement dans un établissement de santé.</p> <p>ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST DE L'HÉMOGLOBINE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DE L'ANÉMIE SÉVÈRE.</p>																
128	<p>DATE DU JOUR :</p>	<p>JOUR □ □</p> <p>MOIS □ □</p> <p>ANNÉE 2 0 2 1</p>															
129	<p>SI IL Y A UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À LA PAGE SUIVANTE ; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, METTEZ FIN À L'INTERVIEW.</p>																

TESTS D'ANÉMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS-4 ANS

	ENFANT 2		ALLEZ À
102	VÉRIFIEZ LE RESULTAT CAPI, LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'ENFANT.	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>	
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L' ENFANT (JOUR , MOIS, ET ANNEE) À PARTIR DE L' HISTORIQUE 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"/>	
104	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ L'ÂGE DE L'ENFANT À PARTIR DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 103 ET/OU 104 SI INCONSISTANT.	ÂGE EN ANNÉES REVOLUES <input type="text"/>	
105	VÉRIFIEZ 104: L'ENFANT A 0-4 ANS? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	→ 129	
106	VÉRIFIEZ 103:L'ENFANT A-T-IL 0-5 MOIS PLUS ÂGÉ <input type="checkbox"/> 0-5 MOIS <input type="checkbox"/> OU L'ENFANT EST-IL PLUS ÂGÉ ?	→ 129	
107	NOM DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 2 DU TABLEAU MÉNAGE).	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
108	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LES TESTS DE PALUDISME ET D'ANÉMIE :</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme et un test pour vérifier s'ils ont ou non l'anémie. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Cette enquête aidera à développer des programmes pour prévenir et traiter le paludisme et l'anémie. Nous demandons que tous les enfants âgés de 6 mois à 4 ans participent aux tests de paludisme et d'anémie. Les tests nécessitent quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. L'équipement utilisé pour prendre le sang est 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 le paludisme et l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer aux tests de paludisme et d'anémie ?</p>		
109	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ 1 REFUS 2 PAS PRÉSENT/AUTRE 3	→ 113
110	SIGNEZ ET INSCRIVEZ TON NUMÉRO DE L'AGENT ENQUÊTEUR	_____ (SIGNATURE) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO DE L'AGENT	

TESTS D'ANÉMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS-4 ANS

ENFANT 2		ALLEZ À																														
111	SI LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU, PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES POUR LES TESTS ET CONTINUEZ AVEC LES TESTS.																															
113	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PAS PRÉSENT994 REFUS995 AUTRE996																														
114	ENREGISTREZ LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF 1 NÉGATIF 2 → 126 PAS PRÉSENT 4 → 128 REFUS 5 AUTRE 6 → 126																														
115	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants : a) Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême? b) Palpitations cardiaques ou faible battement du cœur? c) Perte de conscience? d) Respiration difficile ou rapide ? e) De multiples convulsions ? f) Saignements anormaux ? g) Jaunisse ou peau jaunâtre ? h) Urines foncées ? i) Incapable de boire ou téter?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) FAIBLESSE EXTRÊME</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) PROBLÈMES CARDIAQUES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) PERTE DE CONSCIENCE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) CONVULSIONS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) SAIGNEMENTS ANORMAUX</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) URINE FONCÉES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>i) INCAPABLE DE BOIRE OU TÉTER</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	a) FAIBLESSE EXTRÊME	1	2	b) PROBLÈMES CARDIAQUES	1	2	c) PERTE DE CONSCIENCE	1	2	d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE	1	2	e) CONVULSIONS	1	2	f) SAIGNEMENTS ANORMAUX	1	2	g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE	1	2	h) URINE FONCÉES	1	2	i) INCAPABLE DE BOIRE OU TÉTER	1	2
	OUI	NON																														
a) FAIBLESSE EXTRÊME	1	2																														
b) PROBLÈMES CARDIAQUES	1	2																														
c) PERTE DE CONSCIENCE	1	2																														
d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE	1	2																														
e) CONVULSIONS	1	2																														
f) SAIGNEMENTS ANORMAUX	1	2																														
g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE	1	2																														
h) URINE FONCÉES	1	2																														
i) INCAPABLE DE BOIRE OU TÉTER	1	2																														
116	VÉRIFIEZ 115: Y A-T-IL UN 'OUI' NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	→ 118																														
117	VÉRIFIEZ 113 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS 8.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE 1 8.0 G/DL OU AU-DESSUS ... 2 → 119 AUTRE 6																														
118	<u>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE.</u> Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme sévère. 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. ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DU PALUDISME SÉVÈRE.	→ 126																														
119	Au cours des 2 dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la CTA donnée par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI 1 NON 2 → 121																														
120	<u>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION].</u> Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu de la CTA pour le paludisme. Je ne peux donc pas vous donner de la 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 la CTA, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens approfondis.	→ 128																														

TESTS D'ANÉMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS-4 ANS

	ENFANT 2	ALLEZ À															
121	<p>LIRE LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.</p> <p>Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé Artéméther-Luméfantrine (AL). L'AL 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.</p>																
122	<p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p>	<p>MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 AUTRE 6</p> <p style="text-align: right;">→ 128</p>															
123	<p>SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO D'AGENT ENQUÊTEUR</p>	<p style="text-align: center;">_____ (SIGNATURE)</p> <p style="text-align: center;"> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> NUMÉRO DE L'AGENT </p>															
124	<p>VÉRIFIEZ 122: MÉDICAMENT ACCEPTÉ ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	→ 128															
125	<p>LISEZ LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;">Traitement avec de l'Artéméther-Luméfantrine (AL)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ÂGE</th> <th colspan="3">DOSAGE</th> </tr> <tr> <th>JOUR 1</th> <th>JOUR 2</th> <th>JOUR 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>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> </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 2 jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p>	ÂGE	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	→ 128
ÂGE	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														
126	<p>VÉRIFIEZ 113 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE</p>	<p>EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE 1 7.0 G/DL OU AU-DESSUS . . . 2 AUTRE 6</p> <p style="text-align: right;">→ 128</p>															
127	<p><u>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u></p> <p>Le test d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est très malade et doit être emmené immédiatement dans un établissement de santé.</p> <p>ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST DE L'HÉMOGLOBINE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DE L'ANÉMIE SÉVÈRE.</p>																
128	<p>DATE DU JOUR :</p>	<p>JOUR <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>MOIS <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td></tr></table></p>					2	0	2	1							
2	0	2	1														
129	<p>SI IL Y A UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À LA PAGE SUIVANTE ; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, METTEZ FIN À L'INTERVIEW.</p>																

TESTS D'ANÉMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS-4 ANS

	ENFANT 3		ALLEZ À
102	VÉRIFIEZ LE RESULTAT CAPI, LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'ENFANT.	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>	
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L' ENFANT (JOUR , MOIS, ET ANNEE) À PARTIR DE L' HISTORIQUE 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"/>	
104	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ L'ÂGE DE L'ENFANT À PARTIR DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 103 ET/OU 104 SI INCONSISTANT.	ÂGE EN ANNÉES REVOLUES <input type="text"/>	
105	VÉRIFIEZ 104: L'ENFANT A 0-4 ANS? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	→ 129	
106	VÉRIFIEZ 103:L'ENFANT A-T-IL 0-5 MOIS PLUS ÂGÉ <input type="checkbox"/> 0-5 MOIS <input type="checkbox"/> OU L'ENFANT EST-IL PLUS ÂGÉ ?	→ 129	
107	NOM DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 2 DU TABLEAU MÉNAGE).	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
108	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LES TESTS DE PALUDISME ET D'ANÉMIE :</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme et un test pour vérifier s'ils ont ou non l'anémie. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Cette enquête aidera à développer des programmes pour prévenir et traiter le paludisme et l'anémie. Nous demandons que tous les enfants âgés de 6 mois à 4 ans participent aux tests de paludisme et d'anémie. Les tests nécessitent quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. L'équipement utilisé pour prendre le sang est 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 le paludisme et l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer aux tests de paludisme et d'anémie ?</p>		
109	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ 1 REFUS 2 PAS PRÉSENT/AUTRE 3	→ 113
110	SIGNEZ ET INSCRIVEZ TON NUMÉRO DE L'AGENT ENQUÊTEUR	_____ (SIGNATURE) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO DE L'AGENT	

TESTS D'ANÉMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS-4 ANS

ENFANT 3		ALLEZ À																														
111	SI LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU, PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES POUR LES TESTS ET CONTINUEZ AVEC LES TESTS.																															
113	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PAS PRÉSENT994 REFUS995 AUTRE996																														
114	ENREGISTREZ LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF 1 NÉGATIF 2 → 126 PAS PRÉSENT 4 → 128 REFUS 5 AUTRE 6 → 126																														
115	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants : a) Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême? b) Palpitations cardiaques ou faible battement du cœur? c) Perte de conscience? d) Respiration difficile ou rapide ? e) De multiples convulsions ? f) Saignements anormaux ? g) Jaunisse ou peau jaunâtre ? h) Urines foncées ? i) Incapable de boire ou téter?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) FAIBLESSE EXTRÊME</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) PROBLÈMES CARDIAQUES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) PERTE DE CONSCIENCE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) CONVULSIONS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) SAIGNEMENTS ANORMAUX</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) URINE FONCÉES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>i) INCAPABLE DE BOIRE OU TÉTER</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	a) FAIBLESSE EXTRÊME	1	2	b) PROBLÈMES CARDIAQUES	1	2	c) PERTE DE CONSCIENCE	1	2	d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE	1	2	e) CONVULSIONS	1	2	f) SAIGNEMENTS ANORMAUX	1	2	g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE	1	2	h) URINE FONCÉES	1	2	i) INCAPABLE DE BOIRE OU TÉTER	1	2
	OUI	NON																														
a) FAIBLESSE EXTRÊME	1	2																														
b) PROBLÈMES CARDIAQUES	1	2																														
c) PERTE DE CONSCIENCE	1	2																														
d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE	1	2																														
e) CONVULSIONS	1	2																														
f) SAIGNEMENTS ANORMAUX	1	2																														
g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE	1	2																														
h) URINE FONCÉES	1	2																														
i) INCAPABLE DE BOIRE OU TÉTER	1	2																														
116	VÉRIFIEZ 115: Y A-T-IL UN 'OUI' NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	→ 118																														
117	VÉRIFIEZ 113 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS 8.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE 1 8.0 G/DL OU AU-DESSUS ... 2 → 119 AUTRE 6																														
118	<u>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE.</u> Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme sévère. 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. ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DU PALUDISME SÉVÈRE.	→ 126																														
119	Au cours des 2 dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la CTA donnée par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI 1 NON 2 → 121																														
120	<u>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION].</u> Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu de la CTA pour le paludisme. Je ne peux donc pas vous donner de la 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 la CTA, vous devez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens approfondis.	→ 128																														

TESTS D'ANÉMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS-4 ANS

ENFANT 3		ALLEZ À															
121	<p>LIRE LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.</p> <p>Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé Artéméther-Luméfantrine (AL). L'AL 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.</p>																
122	<p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p>	<p>MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 AUTRE 6</p> <p>→ 128</p>															
123	<p>SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO D'AGENT ENQUÊTEUR</p>	<p>_____ (SIGNATURE)</p> <p>□ □ □ □ NUMÉRO DE L'AGENT</p>															
124	<p>VÉRIFIEZ 122: MÉDICAMENT ACCEPTÉ ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>→ 128</p>															
125	<p>LISEZ LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <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 rowspan="2">ÂGE</th> <th colspan="3">DOSAGE</th> </tr> <tr> <th>JOUR 1</th> <th>JOUR 2</th> <th>JOUR 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>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> </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 2 jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p>	ÂGE	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	<p>→ 128</p>
ÂGE	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														
126	<p>VÉRIFIEZ 113 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE</p>	<p>EN-DESSOUS DE 7.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE 1 7.0 G/DL OU AU-DESSUS . . . 2 AUTRE 6</p> <p>→ 128</p>															
127	<p><u>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u></p> <p>Le test d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est très malade et doit être emmené immédiatement dans un établissement de santé.</p> <p>ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST DE L'HÉMOGLOBINE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DE L'ANÉMIE SÉVÈRE.</p>																
128	<p>DATE DU JOUR :</p>	<p>JOUR □ □</p> <p>MOIS □ □</p> <p>ANNÉE 2 0 2 1</p>															
129	<p>SI IL Y A UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À DU QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE; S'IL N'YA PLUS D'ENFANTS, METTEZ FIN À L'INTERVIEW.</p>																

