

ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME AU NIGER  
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 LA 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 DE L'AGENT DE SANTÉ										
	1	2	3	VISITE FINALE						
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"></table>						
NOM DE L'AGENT DE SANTÉ	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"></table>						
				ANNÉE <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"></table>						
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"></table>						
HEURE	_____	_____								
NOTES: _____ _____ _____ _____				TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"></table>						
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td>0</td></tr></table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td>1</td></tr></table>	0	1	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>			
0										
1										
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<b>FRANÇAIS</b>		**CODES LANGUES : 01 FRANÇAIS 02 HAOUSSA 03 ZERMA 04 TAMASHEQ 05 FULFULDÉ 06 KANOURI/TOUBOU 07 ARABE 08 GOURMANTCHÉMA 96 AUTRES _____ (PRÉCISEZ)							
ÉQUIPE			CHEF D'ÉQUIPE							
<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> NUMÉRO					NOM _____ <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> 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, ENREGISTREZ 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"/>	
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"/>		→ 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"/>	
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 de 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, de paludisme ou d'autres infections ou de maladie chronique. Cette enquête aidera le gouvernement 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 immédiatement testé pour le paludisme et l'anémie 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	→ 112
110	SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO D'AGENT DE SANTÉ	_____ (SIGNATURE)  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO AGENT DE SANTÉ	

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	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF ..... 1 NÉGATIF ..... 2 PAS PRÉSENT ..... 4 REFUS ..... 5 AUTRE ..... 6 → 126 → 128 → 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) Problèmes cardiaques? c) Perte de conscience? d) Respiration difficile ou rapide ? e) Convulsions ? f) Saignements anormaux ? g) Jaunisse ou peau jaunâtre ? h) Urines foncées ?	OUI NON a) PROSTRATION .... 1 2 b) PROBLÈMES CARDIAQUES .... 1 2 c) PERTE 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
116	VÉRIFIEZ 115: Y A-T-IL UN 'OUI'                      NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	→ 118
117	VÉRIFIEZ 113 : NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 AUTRE ..... 6 → 119
118	<b>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE.</b> 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 donné 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	<b>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION].</b> 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 CTA supplémentaire. Cependant, le test montre qu'il/elle a du paludisme. Si votre enfant a de la fièvre pendant 2 jours après la dernière dose de la CTA, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens approfondis.	→ 128



ENFANT 2		ALLEZ À
102	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI, ENREGISTREZ 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 ANNÉE) 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"/>
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 RÉVOLUES ..... <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 PLUS ÂGÉ <input type="checkbox"/> 0-5 MOIS <input type="checkbox"/> L'ENFANT EST-IL PLUS ÂGÉ ?	→ 129
107	NOM DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>
108	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LES TESTS DE PALUDISME ET D'ANÉMIE :  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 de 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, de paludisme ou d'autres infections ou de maladie chronique. Cette enquête aidera le gouvernement 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.  Le sang sera immédiatement testé pour le paludisme et l'anémie 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.  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 ?	
109	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 PAS PRÉSENT/AUTRE ..... 3 → 112
110	SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO D'AGENT DE SANTÉ	_____ (SIGNATURE)  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO AGENT DE SANTÉ

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 PRÉSENT .....994 REFUS .....995 AUTRE .....996
114	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF ..... 1 NÉGATIF ..... 2 PAS PRÉSENT ..... 4 REFUS ..... 5 AUTRE ..... 6 → 126 → 128 → 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) Problèmes cardiaques? c) Perte de conscience? d) Respiration difficile ou rapide ? e) Convulsions ? f) Saignements anormaux ? g) Jaunisse ou peau jaunâtre ? h) Urines foncées ?	OUI NON a) PROSTRATION .... 1 2 b) PROBLÈMES CARDIAQUES .... 1 2 c) PERTE 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
116	VÉRIFIEZ 115: Y A-T-IL UN 'OUI' NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	→ 118
117	VÉRIFIEZ 113 : NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL, ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 AUTRE ..... 6 → 119
118	<b>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE.</b> 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 donné 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	<b>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT ACT.</b> 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 CTA supplémentaire. Cependant, le test montre qu'il/elle a du paludisme. Si votre enfant a de la fièvre pendant 2 jours après la dernière dose de 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 3		ALLEZ À
102	VÉRIFIEZ LE RESULTAT CAPI, ENREGISTREZ 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 ANNÉE) 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"/>
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 RÉVOLUES ..... <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 PLUS ÂGÉ ? L'ENFANT EST-IL PLUS ÂGÉ ? 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"/>
108	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LES TESTS DE PALUDISME ET D'ANÉMIE :  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 de l'anémie. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqure d'un moustique. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, de paludisme ou d'autres infections ou de maladie chronique. Cette enquête aidera le gouvernement 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.  Le sang sera immédiatement testé pour le paludisme et l'anémie 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.  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 ?	
109	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 PAS PRÉSENT/AUTRE ..... 3 → 112
110	SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO D'AGENT DE SANTÉ	_____ (SIGNATURE)  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO AGENT DE SANTÉ

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 PRÉSENT .....994 REFUS .....995 AUTRE .....996
114	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF ..... 1 NÉGATIF ..... 2 PAS PRÉSENT ..... 4 REFUS ..... 5 AUTRE ..... 6 → 126 → 128 → 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) Problèmes cardiaques? c) Perte de conscience? d) Respiration difficile ou rapide ? e) Convulsions ? f) Saignements anormaux ? g) Jaunisse ou peau jaunâtre ? h) Urines foncées ?	OUI NON a) PROSTRATION .... 1 2 b) PROBLÈMES CARDIAQUES .... 1 2 c) PERTE 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
116	VÉRIFIEZ 115: Y A-T-IL UN 'OUI' NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	→ 118
117	VÉRIFIEZ 113 : NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN DESSOUS DE 8.0 G/DL, ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 AUTRE ..... 6 → 119
118	<b>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE.</b> 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 donné 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	<b>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT ACT.</b> 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 CTA supplémentaire. Cependant, le test montre qu'il/elle a du paludisme. Si votre enfant a de la fièvre pendant 2 jours après la dernière dose de la CTA, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens approfondis.	→ 128

ENFANT 3		ALLEZ À
121	LIRE LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.  Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé CTA. La CTA est très efficace et d'ici quelques jours, il n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de donner le médicament à l'enfant. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plaît, si vous acceptez, ou non, le médicament.	
122	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ ..... 1 MÉDICAMENT REFUSÉ ..... 2 AUTRE ..... 6 → 128
123	SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO D'AGENT DE SANTÉ	(SIGNATURE)  [ ][ ][ ][ ] NUMERO AGENT DE SANTÉ
124	VÉRIFIEZ 122: MÉDICAMENT ACCEPTÉ ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	→ 128
125	DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou têter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les 2 jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.	→ 128
126	VÉRIFIEZ 113 : NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 AUTRE ..... 6 → 128
127	<b>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</b> 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.  ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST DE L'HÉMOGLOBINE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DE L'ANÉMIE SÉVÈRE.	
128	DATE DU JOUR :	JOUR ..... [ ][ ] MOIS ..... [ ][ ] ANNÉE ..... [ ][ ][ ][ ]
129	SI UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À LA PAGE SUIVANTE ; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, METTEZ FIN À L'INTERVIEW.	

