

**ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ (EDSG-III 2019-21)**  
**QUESTIONNAIRE BIOMARQUEUR #2**

**RÉPUBLIQUE GABONAISE**  
**MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES**  
**ET DES SOLIDARITÉS NATIONALES**

**DIRECTION GÉNÉRALE DE LA STATISTIQUE**  
**(DGS)**

IDENTIFICATION				
NOM DE LA PROVINCE _____				
NOM DE LA LOCALITÉ _____				
MILIEU (URBAIN = 1, RURAL = 2) .....				
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____				
NUMÉRO DE GRAPPE .....				
NUMÉRO DU MÉNAGE .....				
MÉNAGE <b>SÉLECTIONNÉ</b> POUR L'ENQUÊTE HOMME ? (1=OUI, 2=NON) ..... 1 <input type="checkbox"/> → CONTINUEZ 2 <input type="checkbox"/> → UTILISEZ LE QUESTIONNAIRE BIOMARQUEUR #1				
VISITES L'AGENT DE TERRAIN				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR _____
NOM DE L'AGENT DE TERRAIN	_____	_____	_____	MOIS _____
				ANNÉE <b>2</b> <b>0</b> _____
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES _____
HEURE	_____	_____		
NOTES: _____ _____ _____ _____				TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES _____
				TOTAL D'HOMMES ÉLIGIBLES _____
				TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES _____
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <b>0</b> <b>1</b> </div> <div> LANGUE DE L'INTERVIEW** _____ </div> <div> LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ** _____ </div> <div> TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2) _____ </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <b>FRANÇAIS</b> </div> <div> <b>**CODES LANGUES :</b>  01 FRANÇAIS      04 SHIRA-PUNU      07 AUTRE GABON  02 FANG          05 MBEDE-TEKE      96 AUTRE  03 NZEBI-DUMA      06 MYENE </div> </div>				
CHEF D'ÉQUIPE/ÉDITRICE/ÉDITEUR TERRAIN  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>_____</div> <div>_____</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>NOM</div> <div>NUMÉRO</div> </div>				

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

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 .  NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (JOUR, MOIS ET ANNÉE ) DU TABLEAU DES NAISSANCES.  SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE DEMANDEZ :  Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉI. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  VERIFIEZ L'ÂGE: L'ENFANT DOIT ÊTRE MESURÉ ALLONGÉ (1) OU DEBOUT (2)?	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉI. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  VERIFIEZ L'ÂGE: L'ENFANT DOIT ÊTRE MESURÉ ALLONGÉ (1) OU DEBOUT (2)?	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉI. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  VERIFIEZ L'ÂGE: L'ENFANT DOIT ÊTRE MESURÉ ALLONGÉ (1) OU DEBOUT (2)?
104	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2016-2021?	2016-2021 ..... 1 (ALLEZ À 105) ← 2015 OU AVANT ... 2 (ALLEZ À 131) ←	2016-2021 ..... 1 (ALLEZ À 105) ← 2015 OU AVANT ... 2 (ALLEZ À 131) ←	2016-2021 ..... 1 (ALLEZ À 105) ← 2015 OU AVANT ... 2 (ALLEZ À 131) ←
105	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE .....9994 REFUS .....9995 AUTRE .....9996	KG. . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE .....9994 REFUS .....9995 AUTRE .....9996	KG. . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE .....9994 REFUS .....9995 AUTRE .....9996
106	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE .....9994 REFUS .....9995 AUTRE .....9996 (ALLEZ À 108) ←	CM. . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE .....9994 REFUS .....9995 AUTRE .....9996 (ALLEZ À 108) ←	CM. . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> 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.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN

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

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 .  NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....
109	VÉRIFIEZ 103: L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ DURANT LE MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 131) ←  PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 131) ←  PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 131) ←  PLUS ÂGÉ ..... 2
110	NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE .	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)
<b>CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE</b>				
111	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Nous demandons que tous les enfants nés en 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.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?</p>		
112	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ ..... 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUS ..... 2 ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 131) ←	ACCORDÉ ..... 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUS ..... 2 ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 131) ←	ACCORDÉ ..... 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUS ..... 2 ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 131) ←
<b>CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST DE PALUDISME</b>				
113	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE.	<p>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.</p> <p>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. Un traitement sera proposé aux enfants présentant un paludisme simple s'ils ne sont pas déjà sous traitement. Les enfants avec paludisme grave seront référés à un établissement de santé. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme?</p>		
114	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ ..... 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUS ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3	ACCORDÉ ..... 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUS ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3	ACCORDÉ ..... 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUS ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
115	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.			

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

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 .  NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....
116	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME.	G/DL .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> REFUS .....995 AUTRE .....996	G/DL .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> REFUS .....995 AUTRE .....996	G/DL .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> REFUS .....995 AUTRE .....996
117	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 5 (ALLEZ À 119) ←	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 5 (ALLEZ À 119) ←	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 5 (ALLEZ À 119) ←
118	ENREGISTREZ LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF FALCIPARUM . 1 POSITIF PAN .. 2 POSITIF FALCIPARUM ET PAN 3 (ALLEZ À 121) ← NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6	POSITIF FALCIPARUM . 1 POSITIF PAN .. 2 POSITIF FALCIPARUM ET PAN 3 (ALLEZ À 121) ← NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6	POSITIF FALCIPARUM . 1 POSITIF PAN .. 2 POSITIF FALCIPARUM ET PAN 3 (ALLEZ À 121) ← NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6
119	VÉRIFIEZ 116: 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 (ALLEZ À 131) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 131) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 131) ←
120	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.	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 dans un établissement de santé immédiatement.  <b>ALLEZ À 131</b>		

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

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 .  NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....
121	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants:  a Faiblesse extrême? b Problèmes cardiaques? c Perte de conscience? d Respiration rapide ou difficulté de respirer? e Convulsions? f Saignements anormaux? g Jaunisse/peau jaune ? h Urine foncée?  SI AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS, ENCERCLEZ CODE Y.	FAIBLESSE EXTRÊME .. A  PROBLÈME CARDIAQUE B  PERTE CONSCIENCE .. C  RESPIRATION RAPIDE .. D  CONVULSIONS ..... E  SAIGNEMENTS ..... F  JAUNISSE ..... G  URINE FONCÉE ..... H  AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS . Y	FAIBLESSE EXTRÊME .. A  PROBLÈME CARDIAQUE B  PERTE CONSCIENCE .. C  RESPIRATION RAPIDE .. D  CONVULSIONS ..... E  SAIGNEMENTS ..... F  JAUNISSE ..... G  URINE FONCÉE ..... H  AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS . Y	FAIBLESSE EXTRÊME .. A  PROBLÈME CARDIAQUE B  PERTE CONSCIENCE .. C  RESPIRATION RAPIDE .. D  CONVULSIONS ..... E  SAIGNEMENTS ..... F  JAUNISSE ..... G  URINE FONCÉE ..... H  AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS . Y
122	VÉRIFIEZ 121: Y A-T-IL UN CODE A-H ENCERCLÉ ?	UN CODE A-H ENCERCLÉ ..... 1 (ALLEZ À 124) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ ..... 2	UN CODE A-H ENCERCLÉ ..... 1 (ALLEZ À 124) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ ..... 2	UN CODE A-H ENCERCLÉ ..... 1 (ALLEZ À 124) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ ..... 2
123	VÉRIFIEZ 116: 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 (ALLEZ À 125) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 125) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 125) ←
124	DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.	Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme grave. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené tout de suite dans un établissement de santé. <b>ALLEZ À 130</b>		
125	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la CTA donné par un médecin, un centre de santé ou un agent de santé communautaire pour traiter le paludisme ?  VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 127) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 127) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 127) ←
126	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE LA CTA.	Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu de la CTA pour le paludisme. Je ne peux pas vous donner une CTA supplémentaire. Cependant, le test montre qu'il/elle a du paludisme. Si votre enfant a de la fièvre pendant 2 jours après la dernière dose de CTA, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens plus approfondis. <b>ALLEZ À 131</b>		

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

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.																			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3																
102	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 .  NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>  NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>  NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>  NOM .....																
127	LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.	Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé CTA. La CTA est très efficace et d'ici quelques jours, il n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de donner le médicament à l'enfant. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plait, si vous acceptez, ou non, le médicament.																		
128	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ ..... 1 (SIGNATURE) ..... REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 130) <-----	MÉDICAMENT ACCEPTÉ ..... 1 (SIGNATURE) ..... REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 130) <-----	MÉDICAMENT ACCEPTÉ ..... 1 (SIGNATURE) ..... REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 130) <-----																
129	TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF.	<div style="border: 2px dashed black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p align="center"><b>INSTRUCTION POUR LE DOSAGE</b></p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">POIDS (en Kg)</th><th colspan="3" style="text-align: center;">TRAITEMENT</th></tr> <tr> <th></th><th style="text-align: center;">Jour 1 (1 comprimé)</th><th style="text-align: center;">Jour 2 (1 comprimé)</th><th style="text-align: center;">Jour 3 (1 comprimé)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><b>5 à 15 kg</b></td><td>1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boite Jaune) Matin et soir</td><td>1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boite Jaune) Matin et soir</td><td>1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boite Jaune) Matin et soir</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>15 à 25 kg</b></td><td>1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boite Bleu)</td><td>1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boite Bleu)</td><td>1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boite Bleu)</td></tr> </tbody> </table> </div> <p>DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les deux jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p>			POIDS (en Kg)	TRAITEMENT				Jour 1 (1 comprimé)	Jour 2 (1 comprimé)	Jour 3 (1 comprimé)	<b>5 à 15 kg</b>	1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boite Jaune) Matin et soir	1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boite Jaune) Matin et soir	1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boite Jaune) Matin et soir	<b>15 à 25 kg</b>	1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boite Bleu)	1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boite Bleu)	1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boite Bleu)
POIDS (en Kg)	TRAITEMENT																			
	Jour 1 (1 comprimé)	Jour 2 (1 comprimé)	Jour 3 (1 comprimé)																	
<b>5 à 15 kg</b>	1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boite Jaune) Matin et soir	1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boite Jaune) Matin et soir	1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boite Jaune) Matin et soir																	
<b>15 à 25 kg</b>	1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boite Bleu)	1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boite Bleu)	1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boite Bleu)																	
130	ENREGISTREZ LE CODE RÉSULTAT DU TRAITEMENT POUR LE PALUDISME OU DE LA FICHE DE REFERENCE.	MÉDICAMENT DONNÉ .. 1 MÉDICAMENT REFUSÉ .. 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE .. 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA .... 4 AUTRE ..... 6	MÉDICAMENT DONNÉ .. 1 MÉDICAMENT REFUSÉ .. 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE .. 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA .... 4 AUTRE ..... 6	MÉDICAMENT DONNÉ .. 1 MÉDICAMENT REFUSÉ .. 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE .. 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA .... 4 AUTRE ..... 6																
131	RETOURNEZ À Q.103 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIERE COLONNE DE LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 201.																			

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

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 .  NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (JOUR, MOIS ET ANNÉE ) DU TABLEAU DES NAISSANCES.  SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE DEMANDEZ :  Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  ANNÉE. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  VÉRIFIEZ L'ÂGE: L'ENFANT DOIT ÊTRE MESURÉ ALLONGÉ (1) OU DEBOUT (2)?	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"/>  VÉRIFIEZ L'ÂGE: L'ENFANT DOIT ÊTRE MESURÉ ALLONGÉ (1) OU DEBOUT (2)?	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"/>  VÉRIFIEZ L'ÂGE: L'ENFANT DOIT ÊTRE MESURÉ ALLONGÉ (1) OU DEBOUT (2)?
104	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2016-2021?	2016-2021 ..... 1 (ALLEZ À 105) ← 2015 OU AVANT ..... 2 (ALLEZ À 131) ←	2016-2021 ..... 1 (ALLEZ À 105) ← 2015 OU AVANT ..... 2 (ALLEZ À 131) ←	2016-2021 ..... 1 (ALLEZ À 105) ← 2015 OU AVANT ..... 2 (ALLEZ À 131) ←
105	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	KG. . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	KG. . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996
106	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996 (ALLEZ À 108) ←	CM. . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996 (ALLEZ À 108) ←	CM. . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> 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.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN

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

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 .  NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....
109	VÉRIFIEZ 103: L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ DURANT LE MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 131) ←  PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 131) ←  PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 131) ←  PLUS ÂGÉ ..... 2
110	NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE .	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)

**CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE**

111	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Nous demandons que tous les enfants nés en 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.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?</p>		
112	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ ..... 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 131) ←	ACCORDÉ ..... 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 131) ←	ACCORDÉ ..... 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 131) ←

**CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST DE PALUDISME**

113	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE.	<p>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.</p> <p>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. Un traitement sera proposé aux enfants présentant un paludisme simple s'ils ne sont pas déjà sous traitement. Les enfants avec paludisme grave seront référés à un établissement de santé. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme?</p>		
114	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ ..... 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3	ACCORDÉ ..... 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3	ACCORDÉ ..... 1 _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
115	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.			



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

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 .  NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....
116	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME.	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996
117	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 5 (ALLEZ À 119) ←	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 5 (ALLEZ À 119) ←	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 5 (ALLEZ À 119) ←
118	ENREGISTREZ LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF FALCIPARUM . 1 POSITIF PAN .. 2 POSITIF FALCIPARUM ET PAN 3 (ALLEZ À 121) ← NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6	POSITIF FALCIPARUM . 1 POSITIF PAN .. 2 POSITIF FALCIPARUM ET PAN 3 (ALLEZ À 121) ← NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6	POSITIF FALCIPARUM . 1 POSITIF PAN .. 2 POSITIF FALCIPARUM ET PAN 3 (ALLEZ À 121) ← NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6
119	VÉRIFIEZ 116: 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 (ALLEZ À 131) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 131) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 131) ←
120	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.	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 dans un établissement de santé immédiatement.  <b>ALLEZ À 131</b>		

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

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 .  NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....
121	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants:  a Faiblesse extrême?  b Problèmes cardiaques?  c Perte de conscience?  d Respiration rapide ou difficulté de respirer?  e Convulsions?  f Saignements anormaux?  g Jaunisse/peau jaune ?  h Urine foncée?  SI AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS, ENCERCLEZ CODE Y.	FAIBLESSE EXTRÊME .. A  PROBLÈME CARDIAQUE B  PERTE CONSCIENCE .. C  RESPIRATION RAPIDE .. D  CONVULSIONS ..... E  SAIGNEMENTS ..... F  JAUNISSE ..... G  URINE FONCÉE ..... H  AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS . Y	FAIBLESSE EXTRÊME .. A  PROBLÈME CARDIAQUE B  PERTE CONSCIENCE .. C  RESPIRATION RAPIDE .. D  CONVULSIONS ..... E  SAIGNEMENTS ..... F  JAUNISSE ..... G  URINE FONCÉE ..... H  AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS . Y	FAIBLESSE EXTRÊME .. A  PROBLÈME CARDIAQUE B  PERTE CONSCIENCE .. C  RESPIRATION RAPIDE .. D  CONVULSIONS ..... E  SAIGNEMENTS ..... F  JAUNISSE ..... G  URINE FONCÉE ..... H  AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS . Y
122	VÉRIFIEZ 121: Y A-T-IL UN CODE A-H ENCERCLÉ ?	UN CODE A-H ENCERCLÉ ..... 1 (ALLEZ À 124) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ ..... 2	UN CODE A-H ENCERCLÉ ..... 1 (ALLEZ À 124) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ ..... 2	UN CODE A-H ENCERCLÉ ..... 1 (ALLEZ À 124) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ ..... 2
123	VÉRIFIEZ 116: 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 (ALLEZ À 125) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 125) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 125) ←
124	DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.	Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme grave. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené tout de suite dans un établissement de santé. <b>ALLEZ À 130</b>		
125	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la CTA donné par un médecin, un centre de santé ou un agent de santé communautaire pour traiter le paludisme ?  VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 127) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 127) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 127) ←
126	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE LA CTA.	Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu de la CTA pour le paludisme. Je ne peux pas vous donner une CTA supplémentaire. Cependant, le test montre qu'il/elle a du paludisme. Si votre enfant a de la fièvre pendant 2 jours après la dernière dose de CTA, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens plus approfondis. <b>ALLEZ À 131</b>		

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

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.																			
		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6																
102	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 .  NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE ..... <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE ..... <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE ..... <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> NOM .....																
127	LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.	Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé CTA. La CTA est très efficace et d'ici quelques jours, il n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de donner le médicament à l'enfant. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plaît, si vous acceptez, ou non, le médicament.																		
128	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ ..... 1  (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 130) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ ..... 1  (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 130) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ ..... 1  (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 130) ←																
129	TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF.	<div style="border: 2px dashed black; padding: 10px; text-align: center;"> <b>INSTRUCTION POUR LE DOSAGE</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">POIDS (en Kg)</th><th colspan="3" style="text-align: center;">TRAITEMENT</th></tr> <tr> <th></th><th style="text-align: center;">Jour 1 (1 comprimé)</th><th style="text-align: center;">Jour 2 (1 comprimé)</th><th style="text-align: center;">Jour 3 (1 comprimé)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: top;"><b>5 à 15 kg</b></td><td style="padding: 5px;">1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boite jaune) Matin et soir</td><td style="padding: 5px;">1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boite jaune) Matin et soir</td><td style="padding: 5px;">1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boite jaune) Matin et soir</td></tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: top;"><b>15 à 25 kg</b></td><td style="padding: 5px;">1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boite bleu) Matin et soir</td><td style="padding: 5px;">1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boite bleu) Matin et soir</td><td style="padding: 5px;">1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boite bleu) Matin et soir</td></tr> </tbody> </table> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;">DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les deux jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p>			POIDS (en Kg)	TRAITEMENT				Jour 1 (1 comprimé)	Jour 2 (1 comprimé)	Jour 3 (1 comprimé)	<b>5 à 15 kg</b>	1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boite jaune) Matin et soir	1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boite jaune) Matin et soir	1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boite jaune) Matin et soir	<b>15 à 25 kg</b>	1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boite bleu) Matin et soir	1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boite bleu) Matin et soir	1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boite bleu) Matin et soir
POIDS (en Kg)	TRAITEMENT																			
	Jour 1 (1 comprimé)	Jour 2 (1 comprimé)	Jour 3 (1 comprimé)																	
<b>5 à 15 kg</b>	1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boite jaune) Matin et soir	1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boite jaune) Matin et soir	1 Comprimé de 20 mg d'Artemether et 120 mg de Lumefantrine (Boite jaune) Matin et soir																	
<b>15 à 25 kg</b>	1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boite bleu) Matin et soir	1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boite bleu) Matin et soir	1 Comprimé de 40 mg d'Artemether et 240 mg de Lumefantrine (Boite bleu) Matin et soir																	
130	ENREGISTREZ LE CODE RÉSULTAT DU TRAITEMENT POUR LE PALUDISME OU DE LA FICHE DE REFERENCE.	MÉDICAMENT DONNÉ ..... 1 MÉDICAMENT REFUSÉ ..... 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE ..... 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA ..... 4 AUTRE ..... 6	MÉDICAMENT DONNÉ ..... 1 MÉDICAMENT REFUSÉ ..... 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE ..... 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA ..... 4 AUTRE ..... 6	MÉDICAMENT DONNÉ ..... 1 MÉDICAMENT REFUSÉ ..... 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE ..... 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA ..... 4 AUTRE ..... 6																
131	RETOURNEZ À Q.103 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIERE COLONNE DE LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 201.																			

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE, TEST DE VIH ET D'HÉPATITE B DES FEMMES DE 15-64 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 18-64 ANS ..... 2	15-17 ANS ..... 1 18-64 ANS ..... 2	15-17 ANS ..... 1 18-64 ANS ..... 2
204	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 8 (STATUT MATRIMONIAL) :	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ..... 1 AUTRE ..... 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ..... 1 AUTRE ..... 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ..... 1 AUTRE ..... 2

205	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. .... ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996	KG. .... ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996	KG. .... 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 18-64 ANS ..... 2 (ALLEZ À 210) ←	15-17 ANS ..... 1 18-64 ANS ..... 2 (ALLEZ À 210) ←	15-17 ANS ..... 1 18-64 ANS ..... 2 (ALLEZ À 210) ←
209	VÉRIFIEZ 204 : STATUT MATRIMONIAL	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ..... 1 (ALLEZ À 216) ← AUTRE ..... 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ..... 1 (ALLEZ À 216) ← AUTRE ..... 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ..... 1 (ALLEZ À 216) ← AUTRE ..... 2

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE ADULTE POUR LE TEST D'ANÉMIE

C O N S E N T E M	210	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons 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.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Voulez-vous participer au test d'anémie ?</p>
---	-----	---	--

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE, TEST DE VIH ET D'HÉPATITE B DES FEMMES DE 15-64 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.												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>FEMME 1</th> <th>FEMME 2</th> <th>FEMME 3</th> </tr> </thead> </table>		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3								
	FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3										
202	<table border="1"> <tr> <td>VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE :</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 9.</td> <td>NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NOM DE LA COLONNE 2.</td> <td>NOM .....</td> <td>NOM .....</td> <td>NOM .....</td> </tr> </table>	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE :				NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 9.	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM .....	NOM .....	NOM .....
VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE :													
NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 9.	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>										
NOM DE LA COLONNE 2.	NOM .....	NOM .....	NOM .....										
E N T  A D U L T E	211	<table border="1"> <tr> <td>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.</td> <td>           ACCORDÉ ..... 1            ENQUÊTÉE REFUSE ..... 2            (SIGNATURE)            (SI REFUS, ALLEZ À 212)            ABSENTE/AUTRE ..... 3            (ALLEZ À 212)         </td> <td>           ACCORDÉ ..... 1            ENQUÊTÉE REFUSE ..... 2            (SIGNATURE)            (SI REFUS, ALLEZ À 212)            ABSENTE/AUTRE ..... 3            (ALLEZ À 212)         </td> <td>           ACCORDÉ ..... 1            ENQUÊTÉE REFUSE ..... 2            (SIGNATURE)            (SI REFUS, ALLEZ À 212)            ABSENTE/AUTRE ..... 3            (ALLEZ À 212)         </td> </tr> </table>	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE REFUSE ..... 2 (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 212) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 212)	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE REFUSE ..... 2 (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 212) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 212)	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE REFUSE ..... 2 (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 212) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 212)							
	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE REFUSE ..... 2 (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 212) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 212)	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE REFUSE ..... 2 (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 212) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 212)	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE REFUSE ..... 2 (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 212) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 212)									
211A	<table border="1"> <tr> <td>VÉRIFIEZ 226 DANS QUESTIONNAIRE FEMME OU DEMANDEZ : Êtes-vous enceinte ?</td> <td>           OUI ..... 1            NON ..... 2            NE SAIT PAS ..... 8         </td> <td>           OUI ..... 1            NON ..... 2            NE SAIT PAS ..... 8         </td> <td>           OUI ..... 1            NON ..... 2            NE SAIT PAS ..... 8         </td> </tr> </table>	VÉRIFIEZ 226 DANS QUESTIONNAIRE FEMME OU DEMANDEZ : 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								
VÉRIFIEZ 226 DANS QUESTIONNAIRE FEMME OU DEMANDEZ : 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										
<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE ADULTE POUR LE TEST DE VIH (DBS)</b>													
C O N S E N T E M E N T  A D U L T E	212	<p><b>COLLECTE DE DBS POUR VIH:</b> DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉE ADULTE LE CONSENTEMENT POUR LA</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de donner du sang pour le test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus 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. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat. Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH, je peux vous fournir la liste des centres les plus proches qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai également un coupon pour bénéficier, si vous le souhaitez, de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Voulez-vous donner du</p>											
	213	<table border="1"> <tr> <td> <b>COLLECTE DE DBS POUR VIH:</b>            ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO DE TECHNICIEN DE         </td> <td>           COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ ..... 1            ENQUÊTÉE A REFUSÉ ..... 2            (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN)  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>            (ALLEZ À 214)            ABSENTE/AUTRE ..... 3            (ALLEZ À 214)         </td> <td>           COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ ..... 1            ENQUÊTÉE A REFUSÉ ..... 2            (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN)  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>            (ALLEZ À 214)            ABSENTE/AUTRE ..... 3            (ALLEZ À 214)         </td> <td>           COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ ..... 1            ENQUÊTÉE A REFUSÉ ..... 2            (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN)  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>            (ALLEZ À 214)            ABSENTE/AUTRE ..... 3            (ALLEZ À 214)         </td> </tr> </table>	<b>COLLECTE DE DBS POUR VIH:</b> ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO DE TECHNICIEN DE	COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE A REFUSÉ ..... 2 (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 214) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 214)	COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE A REFUSÉ ..... 2 (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 214) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 214)	COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE A REFUSÉ ..... 2 (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 214) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 214)							
<b>COLLECTE DE DBS POUR VIH:</b> ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO DE TECHNICIEN DE	COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE A REFUSÉ ..... 2 (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 214) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 214)	COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE A REFUSÉ ..... 2 (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 214) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 214)	COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE A REFUSÉ ..... 2 (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 214) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 214)										

201	VÉRIFIER LA COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÂGE ET LE STATUT MATRIMONIAL DE TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES AUX QUESTIONS 202, 203 ET 204. S'IL Y A PLUS DE 3 FEMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
202	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE :  NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 9.  NOM DE LA COLONNE 2.	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....

## CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE ADULTE POUR LE TEST D'HÉPATITE B (DBS)

C O N S E N T E M E N T  A D U L T E	214	<b>COLLECTE DE DBS POUR HEP. B:</b> DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉE ADULTE LE CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE DE DBS POUR LE TEST D'HÉPATITE B.	<p>Dans cette enquête, nous vous demandons d'autoriser le MINISTÈRE DE LA SANTÉ à tester au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour le test d'hépatite B. L'hépatite B est le résultat d'une infection par le virus de l'hépatite B. Il peut causer des dommages au foie et d'autres problèmes de santé graves. Le test d'hépatite B est effectué dans cette enquête pour savoir l'ampleur du problème d'hépatite B au Gabon.</p> <p>Pour le test d'hépatite B, le sang sera recueilli sur la même carte de papier filtre utiliser pour le test de VIH. Si vous ne voulez pas faire le test d'hépatite B, vous pouvez quand même participer au test du VIH dans le cadre de cette enquête. Aucun nom ne sera écrit sur le papier filtre, nous ne pourrions donc pas vous donner le résultat du test.</p> <p>Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat. Si vous voulez savoir si vous avez ou non l'hépatite B, je peux vous fournir la liste des centres les plus proches qui offrent des services de test et de conseils pour l'hépatite B. Je vous donnerai également un coupon pour bénéficier, si vous le souhaitez, de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.</p>		
	215	<b>COLLECTE DE DBS POUR HEP. B:</b> ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO DE TECHNICIEN DE	COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE A REFUSÉ ..... 2 (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 233) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 233)	COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE A REFUSÉ ..... 2 (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 233) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 233)	COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE A REFUSÉ ..... 2 (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 233) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 233)
	216	INSCRIVEZ LE No DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ADOLESCENTE	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)

201	VÉRIFIER LA COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÂGE ET LE STATUT MATRIMONIAL DE TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES AUX QUESTIONS 202, 203 ET 204. S'IL Y A PLUS DE 3 FEMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
202	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE :  NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 9.  NOM DE LA COLONNE 2.	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....

## CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE

P A R E N T  A D U L T E  R E S P .	217	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR LE TEST D'ANÉMIE.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM DU MINEUR) 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 DU MINEUR) à participer au test d'anémie ?</p>		
	218	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ ..... 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2  (SIGNATURE) (ALLEZ À 219) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 219)	ACCORDÉ ..... 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2  (SIGNATURE) (ALLEZ À 219) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 219)	ACCORDÉ ..... 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2  (SIGNATURE) (ALLEZ À 219) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 219)

## CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST DE VIH (DBS)

P A R E N T  A D U L T E  R E S P .	219	<b>COLLECTE DE DBS POUR VIH:</b> DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR LA COLLECTE DE DBS POUR LE TEST DE	<p>Dans cette enquête, nous demandons aussi à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le virus.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus 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. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat du test de (NOM DE LA PERSONNE MINEURE). Si (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) veut savoir si elle a, ou non, le VIH, je peux vous fournir la liste des centres les plus proches qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai également un coupon pour pouvoir bénéficier de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.</p>		
	220	<b>COLLECTE DE DBS POUR VIH:</b> ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO DE TECHNICIEN DE	COLLECTE DBS, ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2  (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN DE SANTÉ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 221) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 221)	COLLECTE DBS, ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2  (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN DE SANTÉ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 221) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 221)	COLLECTE DBS, ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2  (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN DE SANTÉ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 221) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 221)

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE, TEST DE VIH ET D'HÉPATITE B DES FEMMES DE 15-64 ANS

201	VÉRIFIER LA COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÂGE ET LE STATUT MATRIMONIAL DE TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES AUX QUESTIONS 202, 203 ET 204. S'IL Y A PLUS DE 3 FEMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
202	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE :  NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 9.  NOM DE LA COLONNE 2.	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....

**CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'HEPATITE B (DBS)**

P A R E N T       A D U L T E    R E S P .	221	<b>COLLECTE DE DBS POUR HEP.B:</b> DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR LA COLLECTE DE DBS POUR LE TEST	<p>Dans cette enquête, nous vous demandons d'autoriser le MINISTÈRE DE LA SANTÉ à tester au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour le test d'hépatite B. L'hépatite B est le résultat d'une infection par le virus de l'hépatite B. Il peut causer des dommages au foie et d'autres problèmes de santé graves. Le test d'hépatite B est effectué dans cette enquête pour savoir l'ampleur du problème d'hépatite B au Gabon.</p> <p>Pour le test d'hépatite B, le sang sera recueilli sur la même carte de papier filtre utiliser pour le test de VIH. Si vous ne voulez pas que (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) fait le test d'hépatite B, vous pouvez quand même autoriser (NOM DE LA PERSONNE) au test du VIH dans le cadre de cette enquête.</p> <p>Aucun nom ne sera écrit sur le papier filtre, nous ne pourrions donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat du test de (NOM DE LA PERSONNE MINEURE). Si (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) veut savoir si elle a, ou non, l'hépatite B, je peux vous fournir la liste des centres les plus proches qui offrent des services de test et de conseils pour l'hépatite. Je vous donnerai également un coupon pour pouvoir bénéficier de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.</p>		
	222	<b>COLLECTE DE DBS POUR HEP.B:</b> ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO DE TECHNICIEN DE	COLLECTE DBS, ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN DE SANTÉ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 223) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 223)	COLLECTE DBS, ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN DE SANTÉ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 223) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 223)	COLLECTE DBS, ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN DE SANTÉ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 223) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 223)

**CONSENTEMENT DE L'ENQUETEE MINEURE POUR LE TEST D'ANEMIE**

223	VERIFIEZ 218: CONSENTEMENT ACCORDÉ ?	OUI <input type="checkbox"/> NON OU PAS DEMANDÉ <input type="checkbox"/> → 227 ↓	OUI <input type="checkbox"/> NON OU PAS DEMANDÉ <input type="checkbox"/> → 227 ↓	OUI <input type="checkbox"/> NON OU PAS DEMANDÉ <input type="checkbox"/> → 227 ↓
C O N S E N T E M E N T D E	224	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST D'ANÉMIE.</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE) tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Voulez-vous participer au test d'anémie ?</p>		



MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE, TEST DE VIH ET D'HÉPATITE B DES FEMMES DE 15-64 ANS

201	VÉRIFIER LA COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÂGE ET LE STATUT MATRIMONIAL DE TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES AUX QUESTIONS 202, 203 ET 204. S'IL Y A PLUS DE 3 FEMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
202	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE :  NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 9.  NOM DE LA COLONNE 2.	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....
MINEURE	225	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.  ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ ..... 2  ..... (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 227) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 227)	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ ..... 2  ..... (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 227) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 227)	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ ..... 2  ..... (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 227) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 227)
	226	VÉRIFIEZ 226 DANS QUESTIONNAIRE FEMME OU DEMANDEZ : 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
<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST DE VIH (DBS)</b>				
CONSENTEMENT	227	VERIFIEZ 220: CONSENTEMENT ACCORDÉ ? OUI <input type="checkbox"/> NON OU PAS DEMANDÉ <input type="checkbox"/> → 230	OUI <input type="checkbox"/> NON OU PAS DEMANDÉ <input type="checkbox"/> → 230	OUI <input type="checkbox"/> NON OU PAS DEMANDÉ <input type="checkbox"/> → 230
	228	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST DE VIH (DBS).  Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de donner du sang pour le test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH.  Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus 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. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat. Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH, je peux vous fournir la liste des centres les plus proches qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai également un coupon pour bénéficier, si vous le souhaitez, de services gratuits dans ces centres.  Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Voulez-vous donner du		
MINEURE	229	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.  ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ ..... 2  ..... (SIGNATURE) (ALLEZ À 230) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 230)	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ ..... 2  ..... (SIGNATURE) (ALLEZ À 230) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 230)	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ ..... 2  ..... (SIGNATURE) (ALLEZ À 230) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 230)

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE, TEST DE VIH ET D'HÉPATITE B DES FEMMES DE 15-64 ANS

201	VÉRIFIER LA COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÂGE ET LE STATUT MATRIMONIAL DE TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES AUX QUESTIONS 202, 203 ET 204. S'IL Y A PLUS DE 3 FEMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
202	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE :  NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 9.  NOM DE LA COLONNE 2.	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST D'HEPATITE B (DBS)

C O N S E N T E M E N T D E  M I N E U R E	230	VERIFIEZ 222: CONSENTEMENT ACCORDÉ ?	OUI <input type="checkbox"/> NON OU PAS DEMANDÉ <input type="checkbox"/> → 233	OUI <input type="checkbox"/> NON OU PAS DEMANDÉ <input type="checkbox"/> → 233	OUI <input type="checkbox"/> NON OU PAS DEMANDÉ <input type="checkbox"/> → 233	
	231	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST D'HÉPATITE B.	<p>Dans cette enquête, nous vous demandons d'autoriser le MINISTÈRE DE LA SANTÉ à tester au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour le test d'hépatite B. L'hépatite B est le résultat d'une infection par le virus de l'hépatite B. Il peut causer des dommages au foie et d'autres problèmes de santé graves. Le test d'hépatite B est effectué dans cette enquête pour savoir l'ampleur du problème d'hépatite B au Gabon.</p> <p>Pour le test d'hépatite B, le sang sera recueilli sur la même carte de papier filtre utiliser pour le test de VIH. Si vous ne voulez pas faire le test d'hépatite B, vous pouvez quand même participer au test du VIH dans le cadre de cette enquête. Aucun nom ne sera écrit sur le papier filtre, nous ne pourrions donc pas vous donner le résultat du test.</p> <p>Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat. Si vous voulez savoir si vous avez ou non l'hépatite B, je peux vous fournir la liste des centres (les plus proches) qui offrent des services de test et de conseils pour l'hépatite B. Je vous donnerai également un coupon pour bénéficier, si vous le souhaitez, de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?</p>			
	232	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ ..... 2 (SIGNATURE) ABSENTE/AUTRE ..... 3	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ ..... 2 (SIGNATURE) ABSENTE/AUTRE ..... 3	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ ..... 2 (SIGNATURE) ABSENTE/AUTRE ..... 3	

233	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.			
234	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE .	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996
235	PLACEZ ÉTIQUETTE CODE BARRE.	COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE.  ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996  COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION	COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE.  ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996  COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION	COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE.  ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996  COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION
236	RETOURNEZ À 202 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIÈRE COLONNE D'UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE; SI PLUS DE FEMMES, ALLEZ À 301			

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE, TEST DE VIH ET D'HÉPATITE B DES HOMMES DE 15-64 ANS

301	VÉRIFIER LA COLONNE 10 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÂGE ET LE STATUT MATRIMONIAL DE TOUS LES HOMMES ÉLIGIBLES AUX QUESTIONS 302, 303 ET 304. S'IL Y A PLUS DE 3 HOMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
302	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE :			
	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 10.	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
	NOM DE LA	NOM .....	NOM .....	NOM .....
303	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 7 (ÂGE) :	15-17 ANS ..... 1 18-64 ANS ..... 2	15-17 ANS ..... 1 18-64 ANS ..... 2	15-17 ANS ..... 1 18-64 ANS ..... 2
304	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 8 (STATUT	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ..... 1 AUTRE ..... 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ..... 1 AUTRE ..... 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ..... 1 AUTRE ..... 2

305	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
		ABSENT ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996	ABSENT ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996	ABSENT ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996
306	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
		ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996
307	MESUREUR: INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L'AGENT DE TERRAIN
308	VÉRIFIEZ 303 : ÂGE	15-17 ANS ..... 1 18-64 ANS ..... 2 (ALLEZ À 310) ←	15-17 ANS ..... 1 18-64 ANS ..... 2 (ALLEZ À 310) ←	15-17 ANS ..... 1 18-64 ANS ..... 2 (ALLEZ À 310) ←
309	VÉRIFIEZ 304 : STATUT MATRIMONIAL	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 (ALLEZ À 316) ← AUTRE ..... 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 (ALLEZ À 316) ← AUTRE ..... 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 (ALLEZ À 316) ← AUTRE ..... 2

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ ADULTE POUR LE TEST D'ANÉMIE

C  
O  
N  
S  
E  
N  
T  
E  
M  
E  
N  
T  
  
A  
D  
U  
L  
T  
E

310	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons 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.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Voulez-vous participer au test d'anémie ?</p>		
311	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉ REFUSE ..... 2 ← _____ (SIGNATURE) (ALLEZ À 312) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 312) ←	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉ REFUSE ..... 2 ← _____ (SIGNATURE) (ALLEZ À 312) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 312) ←	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉ REFUSE ..... 2 ← _____ (SIGNATURE) (ALLEZ À 312) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 312) ←

301	VÉRIFIER LA COLONNE 10 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÂGE ET LE STATUT MATRIMONIAL DE TOUS LES HOMMES ÉLIGIBLES AUX QUESTIONS 302, 303 ET 304. S'IL Y A PLUS DE 3 HOMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>HOMME 1</th> <th>HOMME 2</th> <th>HOMME 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>302</td> <td> VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE :   NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 10.   NOM DE LA </td> <td> NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>   NOM ..... </td> <td> NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>   NOM ..... </td> </tr> </tbody> </table>		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3	302	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE :  NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 10.  NOM DE LA	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....
	HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3						
302	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE :  NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 10.  NOM DE LA	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM .....						

**CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTE ADULTE POUR LE TEST DE VIH (DBS)**

C O N S E N T E M E N T  A D U L T E	312	<b>COLLECTE DE DBS:</b> DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉ ADULTE LE CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE DE DBS	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de donner du sang pour le test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus 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. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat. Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH, je peux vous fournir la liste des centres les plus proches qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai également un coupon pour bénéficier, si vous le souhaitez, de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Voulez-vous donner du</p>																							
	313	<b>COLLECTE DE DBS:</b> ENCECERLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO DE TECHNICIEN DE	<table border="1"> <thead> <tr> <th>COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ</th> <th>COLLECTE DE DBS, ENQUÊTÉ A REFUSÉ</th> <th>COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ</th> <th>COLLECTE DE DBS, ENQUÊTÉ A REFUSÉ</th> <th>COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ</th> <th>COLLECTE DE DBS, ENQUÊTÉ A REFUSÉ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  (ALLEZ À 314) </td> <td colspan="2"> (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  (ALLEZ À 314) </td> <td colspan="2"> (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  (ALLEZ À 314) </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> ABSENT/AUTRE ..... 3  (ALLEZ À 314) </td> <td colspan="2"> ABSENT/AUTRE ..... 3  (ALLEZ À 314) </td> <td colspan="2"> ABSENT/AUTRE ..... 3  (ALLEZ À 314) </td> </tr> </tbody> </table>	COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ	COLLECTE DE DBS, ENQUÊTÉ A REFUSÉ	COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ	COLLECTE DE DBS, ENQUÊTÉ A REFUSÉ	COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ	COLLECTE DE DBS, ENQUÊTÉ A REFUSÉ	1	2	1	2	1	2	(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 314)		(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 314)		(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 314)		ABSENT/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 314)		ABSENT/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 314)		ABSENT/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 314)
COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ	COLLECTE DE DBS, ENQUÊTÉ A REFUSÉ	COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ	COLLECTE DE DBS, ENQUÊTÉ A REFUSÉ	COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ	COLLECTE DE DBS, ENQUÊTÉ A REFUSÉ																					
1	2	1	2	1	2																					
(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 314)		(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 314)		(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 314)																						
ABSENT/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 314)		ABSENT/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 314)		ABSENT/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 314)																						

**CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ ADULTE POUR LE TEST D'HÉPATITE B (DBS)**

C O N S E N T E M E N T  A D U L T E	314	<b>COLLECTE DE DBS POUR HEP. B:</b> DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉ ADULTE LE CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE DE DBS POUR LE TEST D'HÉPATITE B.	<p>Dans cette enquête, nous vous demandons d'autoriser le MINISTÈRE DE LA SANTÉ à tester au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour le test d'hépatite B. L'hépatite B est le résultat d'une infection par le virus de l'hépatite B. Il peut causer des dommages au foie et d'autres problèmes de santé graves. Le test d'hépatite B est effectué dans cette enquête pour savoir l'ampleur du problème d'hépatite B au Gabon.</p> <p>Pour le test d'hépatite B, le sang sera recueilli sur la même carte de papier filtre utiliser pour le test de VIH. Si vous ne voulez pas faire le test d'hépatite B, vous pouvez quand même participer au test du VIH dans le cadre de cette enquête. Aucun nom ne sera écrit sur le papier filtre, nous ne pourrions donc pas vous donner le résultat du test.</p> <p>Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat. Si vous voulez savoir si vous avez ou non l'hépatite B, je peux vous fournir la liste des centres les plus proches qui offrent des services de test et de conseils pour l'hépatite B. Je vous donnerai également un coupon pour bénéficier, si vous le souhaitez, de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?</p>																							
	315	<b>COLLECTE DE DBS POUR HEP. B:</b> ENCECERLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO DE TECHNICIEN DE	<table border="1"> <thead> <tr> <th>COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ</th> <th>COLLECTE DE DBS, ENQUÊTÉ A REFUSÉ</th> <th>COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ</th> <th>COLLECTE DE DBS, ENQUÊTÉ A REFUSÉ</th> <th>COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ</th> <th>COLLECTE DE DBS, ENQUÊTÉ A REFUSÉ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  (ALLEZ À 332) </td> <td colspan="2"> (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  (ALLEZ À 332) </td> <td colspan="2"> (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  (ALLEZ À 332) </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> ABSENT/AUTRE ..... 3  (ALLEZ À 332) </td> <td colspan="2"> ABSENT/AUTRE ..... 3  (ALLEZ À 332) </td> <td colspan="2"> ABSENT/AUTRE ..... 3  (ALLEZ À 332) </td> </tr> </tbody> </table>	COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ	COLLECTE DE DBS, ENQUÊTÉ A REFUSÉ	COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ	COLLECTE DE DBS, ENQUÊTÉ A REFUSÉ	COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ	COLLECTE DE DBS, ENQUÊTÉ A REFUSÉ	1	2	1	2	1	2	(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 332)		(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 332)		(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 332)		ABSENT/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 332)		ABSENT/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 332)		ABSENT/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 332)
COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ	COLLECTE DE DBS, ENQUÊTÉ A REFUSÉ	COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ	COLLECTE DE DBS, ENQUÊTÉ A REFUSÉ	COLLECTE DE DBS, ACCORDÉ	COLLECTE DE DBS, ENQUÊTÉ A REFUSÉ																					
1	2	1	2	1	2																					
(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 332)		(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 332)		(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 332)																						
ABSENT/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 332)		ABSENT/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 332)		ABSENT/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 332)																						

301	VÉRIFIER LA COLONNE 10 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÂGE ET LE STATUT MATRIMONIAL DE TOUS LES HOMMES ÉLIGIBLES AUX QUESTIONS 302, 303 ET 304. S'IL Y A PLUS DE 3 HOMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
302	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE :			
	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 10.	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
	NOM DE LA	NOM .....	NOM .....	NOM .....

316	INSCRIVEZ LE No DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ADOLESCENT	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)
-----	---	---	---	---

**CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE**

P A R E N T  A D U L T E  R E S P .	317	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR LE TEST D'ANÉMIE.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM DU MINEUR) 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 DU MINEUR) à participer au test d'anémie ?</p>		
	318	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ ..... 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2 ← _____ (SIGNATURE) (ALLEZ À 319) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 319) ←	ACCORDÉ ..... 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2 ← _____ (SIGNATURE) (ALLEZ À 319) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 319) ←	ACCORDÉ ..... 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2 ← _____ (SIGNATURE) (ALLEZ À 319) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 319) ←

**CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST DE VIH (DBS)**

P A R E N T  A D U L T E  R E S P .	319	<b>COLLECTE DE DBS:</b> DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR LA COLLECTE DE DBS POUR LE TEST DE VIH	<p>Dans cette enquête, nous demandons aussi à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le virus.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus 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. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat du test de (NOM DE LA PERSONNE MINEURE). Si (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) veut savoir s'il a, ou non, le VIH, je peux vous fournir la liste des centres les plus proches qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai également un coupon pour pouvoir bénéficier de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM</p>		
	320	<b>COLLECTE DE DBS:</b> ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO DE	COLLECTE DBS, ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2 ← _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN DE SANTÉ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 321) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 321) ←	COLLECTE DBS, ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2 ← _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN DE SANTÉ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 321) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 321) ←	COLLECTE DBS, ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2 ← _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN DE SANTÉ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 321) ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 321) ←

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE, TEST DE VIH ET D'HÉPATITE B DES HOMMES DE 15-64 ANS

301	<p>VÉRIFIER LA COLONNE 10 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÂGE ET LE STATUT MATRIMONIAL DE TOUTS LES HOMMES ÉLIGIBLES AUX QUESTIONS 302, 303 ET 304.</p> <p>S'IL Y A PLUS DE 3 HOMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.</p>			
		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
302	<p>VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE :</p> <p>NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 10.</p> <p>NOM DE LA</p>	<p>NUMÉRO DE LIGNE</p> <p>NUM</p>	<p>NUMÉRO DE LIGNE</p> <p>NOM</p>	<p>NUMÉRO DE LIGNE</p> <p>NOM</p>

**CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'HEPATITE B (DBS)**

P A R E N T	321	<p><b><u>COLLECTE DE DBS:</u></b> DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR LA COLLECTE DE DBS</p>	<p>Dans cette enquête, nous vous demandons d'autoriser le MINISTRE DE LA SANTÉ à tester au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour le test d'hépatite B. L'hépatite B est le résultat d'une infection par le virus de l'hépatite B. Il peut causer des dommages au foie et d'autres problèmes de santé graves.</p> <p>Le test d'hépatite B est effectué dans cette enquête pour savoir l'ampleur du problème d'hépatite B au Gabon.</p> <p>Pour le test d'hépatite B, le sang sera recueilli sur la même carte de papier filtre utiliser pour le test de VIH. Si vous ne voulez pas que (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) fait le test d'hépatite B, vous pouvez quand même autoriser (NOM DE LA PERSONNE) au test du VIH dans le cadre de cette enquête.</p> <p>Aucun nom ne sera écrit sur le papier filtre, nous ne pourrions donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat du test de (NOM DE LA PERSONNE MINEURE). Si (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) veut savoir s'il a, ou non, l'hépatite B, je peux vous fournir la liste des centres les plus proches qui offrent des services de test et de conseils pour l'hépatite. Je vous donnerai également un coupon pour pouvoir bénéficier de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) à faire tester un échantillon de sang pour le test d'hépatite</p>		
A D U L T E	322	<p><b><u>COLLECTE DE DBS:</u></b> ENERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO DE TECHNICIEN DE</p>	<p>COLLECTE DBS, ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2 ←</p> <hr/> <p>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN DE SANTÉ)</p> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div> <p>(ALLEZ À 323)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3 ← (ALLEZ À 323)</p>	<p>COLLECTE DBS, ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2 ←</p> <hr/> <p>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN DE SANTÉ)</p> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div> <p>(ALLEZ À 323)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3 ← (ALLEZ À 323)</p>	<p>COLLECTE DBS, ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2 ←</p> <hr/> <p>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No DE TECHNICIEN DE SANTÉ)</p> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div> <p>(ALLEZ À 323)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3 ← (ALLEZ À 323)</p>
R E S P					

## CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTE MINEUR POUR LES TEST D'ANÉMIE

323	VERIFIEZ 318: CONSENTEMENT ACCORDÉ ?	OUI <input type="checkbox"/> ↓ NON OU PAS DEMANDÉ <input type="checkbox"/> → ##	OUI <input type="checkbox"/> ↓ NON OU PAS DEMANDÉ <input type="checkbox"/> → ##	OUI <input type="checkbox"/> ↓ NON OU PAS DEMANDÉ <input type="checkbox"/> → ##
-----	--	--	--	--

301	VÉRIFIER LA COLONNE 10 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÂGE ET LE STATUT MATRIMONIAL DE TOUS LES HOMMES ÉLIGIBLES AUX QUESTIONS 302, 303 ET 304. S'IL Y A PLUS DE 3 HOMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
302	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE :			
	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 10.	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
	NOM DE LA	NOM .....	NOM .....	NOM .....

C O N S E N T E M E N T D E  M I N E U R E	324	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ MINEUR POUR LE TEST D'ANÉMIE.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE) tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Voulez-vous participer au test d'anémie ?</p>		
	325	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ ..... 2  (SIGNATURE) (ALLEZ À 326) ABSENT/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 326)	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ ..... 2  (SIGNATURE) (ALLEZ À 326) ABSENT/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 326)	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ ..... 2  (SIGNATURE) (ALLEZ À 326) ABSENT/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 326)
	<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ MINEUR POUR LE TEST DE VIH (DBS)</b>				
C O N S E N T E M E N T D E  M	326	VERIFIEZ 320: CONSENTEMENT ACCORDÉ ?	OUI <input type="checkbox"/> NON OU <input type="checkbox"/> PAS DEMANDÉ → ## ↓	OUI <input type="checkbox"/> NON OU <input type="checkbox"/> PAS DEMANDÉ → ## ↓	OUI <input type="checkbox"/> NON OU <input type="checkbox"/> PAS DEMANDÉ → ## ↓
	327	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ MINEUR POUR LE TEST DE VIH (DBS).	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de donner du sang pour le test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus 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. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat. Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH, je peux vous fournir la liste des centres les plus proches qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai également un coupon pour bénéficier, si vous le souhaitez, de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Voulez-vous donner du sang pour le test du VIH ?</p>		

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE, TEST DE VIH ET D'HÉPATITE B DES HOMMES DE 15-64 ANS

301	VÉRIFIER LA COLONNE 10 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÂGE ET LE STATUT MATRIMONIAL DE TOUS LES HOMMES ÉLIGIBLES AUX QUESTIONS 302, 303 ET 304. S'IL Y A PLUS DE 3 HOMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
302	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE :			
	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 10.	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/>
	NOM DE LA	NOM .....	NOM .....	NOM .....
I N E U R E	328	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.
		ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ ..... 2 (SIGNATURE) ..... (ALLEZ À 329) ABSENT/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 329)	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ ..... 2 (SIGNATURE) ..... (ALLEZ À 329) ABSENT/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 329)	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ ..... 2 (SIGNATURE) ..... (ALLEZ À 329) ABSENT/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 329)
<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ MINEUR POUR LE TEST D'HÉPATITE B (DBS)</b>				
C O N S E N T E M E N T D E M I N E U R E	329	VERIFIEZ 325: CONSENTEMENT ACCORDÉ ?	VERIFIEZ 325: CONSENTEMENT ACCORDÉ ?	VERIFIEZ 325: CONSENTEMENT ACCORDÉ ?
		OUI <input type="checkbox"/> NON OU PAS DEMANDÉ <input type="checkbox"/> ## ↓	OUI <input type="checkbox"/> NON OU PAS DEMANDÉ <input type="checkbox"/> ## ↓	OUI <input type="checkbox"/> NON OU PAS DEMANDÉ <input type="checkbox"/> ## ↓
	330	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ MINEUR POUR LE TEST D'HÉPATITE B.	<p>Dans cette enquête, nous vous demandons d'autoriser le MINISTÈRE DE LA SANTÉ à tester au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour le test d'hépatite B. L'hépatite B est le résultat d'une infection par le virus de l'hépatite B. Il peut causer des dommages au foie et d'autres problèmes de santé graves. Le test d'hépatite B est effectué dans cette enquête pour savoir l'ampleur du problème d'hépatite B au Gabon.</p> <p>Pour le test d'hépatite B, le sang sera recueilli sur la même carte de papier filtre utiliser pour le test de VIH. Si vous ne voulez pas faire le test d'hépatite B, vous pouvez quand même participer au test du VIH dans le cadre de cette enquête. Aucun nom ne sera écrit sur le papier filtre, nous ne pourrons donc pas vous donner le résultat du test.</p> <p>Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat. Si vous voulez savoir si vous avez ou non l'hépatite B, je peux vous fournir la liste des centres (les plus proches) qui offrent des services de test et de conseils pour l'hépatite B. Je vous donnerai également un coupon pour bénéficier, si vous le souhaitez, de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?            .....            .....</p>	
	331	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.
		ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ ..... 2 (SIGNATURE) ..... (ALLEZ À 332) ABSENT/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 332)	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ ..... 2 (SIGNATURE) ..... (ALLEZ À 332) ABSENT/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 332)	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ ..... 2 (SIGNATURE) ..... (ALLEZ À 332) ABSENT/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 332)



301	VÉRIFIER LA COLONNE 10 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÂGE ET LE STATUT MATRIMONIAL DE TOUS LES HOMMES ÉLIGIBLES AUX QUESTIONS 302, 303 ET 304. S'IL Y A PLUS DE 3 HOMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
302	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE :			
	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 10.	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
	NOM DE LA	NOM .....	NOM .....	NOM .....
332	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.			
333	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE .	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996
334	PLACEZ ÉTIQUETTE CODE BARRE.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE.</div> ABSENT ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996  COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉ ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE.</div> ABSENT ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996  COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉ ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE.</div> ABSENT ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996  COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉ ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION
335	RETOURNEZ À 302 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIÈRE COLONNE D'UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE;  SI PLUS D'HOMMES, FIN			

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

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