

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ
 QUESTIONNAIRE BIOMARQUEUR

COTE D'IVOIRE
 [NOM DE L'ORGANISATION]

IDENTIFICATION (1)				
NOM DE LA LOCALITÉ _____				
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____				
DISTRICT/REGION _____				
MILIEU DE RESIDENCE (ABIDJAN=1, AUTRE URBAIN=2, RURAL=3) _____				
NUMÉRO DE GRAPPI _____				
NUMÉRO DU MÉNAGE _____				
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME _____				
TESTS D'ANEMIE ET DU PALUDISME, ANTHROPOMETRIE (1=OUI, 2= NON) _____				
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ TEST DE LA QUALITE DE L'EAU (1=OUI, 2= NON) _____				
VISITES DE L'AGENT DE TERRAIN				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR _____
NOM [DE L'AGENT DE TERRAIN	_____	_____	_____	MOIS _____
				ANNÉE 2 0 2 1
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES _____
NOTES: _____ _____ _____ _____				TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES _____
				TOTAL D'HOMMES ÉLIGIBLES _____
				TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES _____
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** 0 1 LANGUE DE L'INTERVIEW** _____ LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ** _____ INTERPRÈTE _____ (OUI = 1, NON = 2) _____				
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** FRANÇAIS **CODES LANGUES : 01 FRANÇAIS 03 LANGUE ETRANGI 05 LANGUAGE 5 02 LANGUES IVOIRIE 04 LANGUAGE 4 06 LANGUAGE 6				
ÉQUIPE	CHEF D'ÉQUIPE		CONTRÔLEUR CAPI (2)	
<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NUMÉRO	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NOM		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NUMÉRO	
	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NUMÉRO		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NUMÉRO	

Note: Ce qui figure entre crochets [] doit être adapté aux spécificités du pays.

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS DE 0-4 ANS										
101 (3)	VÉRIFIEZ LA "LISTE DES INDIVIDUS/BIOMARQUEURS ÉLIGIBLES" FOURNIE PAR CAPI [COLONNE 11 DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE]. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À LA QUESTION 102 SUR CETTE PAGE ET SUR LES PAGES SUIVANTES EN COMMENÇANT PAR LE PREMIER ENFANT SUR LA LISTE. S'IL Y A PLUS DE TROIS ENFANTS, UTILISER UN (DES) QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S).									
	ENFANT 1	ALLEZ À								
102 (3)	<p>VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI: ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L' ENFANT.</p> <p>ENREGISTREZ LE NOM DE LA COLONNE 2 DU TABLEAU MÉNAGE; ENREGISTREZ LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE.</p>	<p>NOM _____</p> <p>NUMÉRO DE LIGNE ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table></p>								
103	<p>SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L' ENFANT (JOUR , MOIS ET ANNÉE) DE L'HISTORIQUE DES GROSSESSES.</p> <p>SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quelle est la date de naissance de (NOM) ?</p>	<p>JOUR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p>								
104	<p>SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ L' ÂGE DE L'ENFANT À PARTIR DE L'HISTORIQUE DES _____</p> <p>SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire?</p> <p>COMPAREZ ET CORRIGEZ 103 ET/OU 104 SI INCOHÉRENT.</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table></p>								
105	<p>VÉRIFIEZ 104 : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → 139</p>									
106 (4)	POIDS EN KILOGRAMMES.	<p>KG. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>ABSENT 9994</p> <p>REFUS 9995</p> <p>AUTRE 9996</p>								
107 (5)	L'ENFANT ÉTAIT-IL HABILLÉ LÉGÈREMENT?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>								
108	<p>TAILLE EN CENTIMÈTRES.</p> <p>SI L' ENFANT A 0-1 AN, MESUREZ EN POSITION ALLONGÉE.</p> <p>SI L' ENFANT A 2, 3, OU 4 ANS, MESUREZ EN POSITION DEBOUT.</p>	<p>CM. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table></p> <p>ABSENT 9994</p> <p>REFUS 9995</p> <p>AUTRE 9996</p>								
109	L'ENFANT A T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION ALLONGÉE OU DEBOUT?	<p>ALLONGÉE 1</p> <p>DEBOUT 2</p>								

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS DE 0-4 ANS		
110	VÉRIFIEZ 104 ET 109: SUR LA BASE DE L'ÂGE DE L'ENFANT, LA PROCÉDURE CORRECTE POUR LA MESURE A T-ELLE ÉTÉ SUIVIE ?	OUI 1 → 112 NON 2
111	SI L'ENFANT A 0-1 AN : POURQUOI (NOM) A-T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION DEBOUT? SI L'ENFANT A 2-4 ANS : POURQUOI (NOM) A-T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION ALLONGÉE? _____	
112 (6)	LA MESURE ENREGISTRÉE A-T-ELLE ÉTÉ GÊNÉE PAR DES CHEVEUX TRESSÉS OU COIFFÉS ?	OUI 1 NON 2
ENFANT 1		ALLEZ À
113	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE AGENT DE TERRAIN DU MESUREUR.	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> NUMÉRO AGENT DE TERRAIN
114	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE AGENT DE TERRAIN DU MESUREUR ASSISTANT	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> NUMÉRO AGENT DE TERRAIN
115	DATE DU JOUR :	JOUR <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> MOIS <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> ANNÉE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
116	INSCRIVEZ LA TAILLE/LONGUEUR ET LE POIDS DANS LA BROCHURE.	
117	VÉRIFIEZ 103 : L'ENFANT A-PLUS ÂGÉ 0-5 MOIS <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> T-IL 0-5 MOIS OU <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> L'ENFANT EST-IL PLUS ÂGÉ? <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	→ 139
118	INSCRIVEZ LE NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT	NOM NUMÉRO DE LIGNE..... <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
119	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LES TESTS DE PALUDISME ET D'ANÉMIE : Dans cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme et un test pour vérifier s'ils ont ou non de l'anémie. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, de paludisme ou d'autres infections ou de maladie chronique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le paludisme et l'anémie. Nous demandons que tous les enfants âgés de 6 mois à 4 ans participent aux tests de paludisme et d'anémie. Les tests nécessitent quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. L'équipement utilisé pour prendre le sang est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test. Le sang sera immédiatement testé pour le paludisme et l'anémie et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyés à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête. Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer aux tests de paludisme et d'anémie ?	

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS DE 0-4 ANS			
120	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ 1 REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3	→ 123
121	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE AGENT DE TERRAIN DU MESUREUR DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.	_____ (SIGNATURE) <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> NUMÉRO AGENT DE TERRAIN	
ENFANT 1			ALLEZ À
122	SI LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU, PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES POUR LES TESTS ET CONTINUEZ AVEC LES TESTS.		
123	COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DU PALUDISME AU LABORATOIRE DANS L'ESPACE À DROITE. COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME CORRESPONDANTE ET LA 3e	<div style="border: 2px dashed black; padding: 10px; text-align: center;"> COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI </div> PAS PRÉSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996	
124	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	G/DL <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> PAS PRÉSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	
125	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE.	POSITIF FALCIPARUM 1 POSITIF VIVAX 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX 3 NÉGATIF 4 PAS PRÉSENT 5 REFUS 6 AUTRE 7	→ 137 → 139 → 137
126	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants : a) Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême? b) Problèmes cardiaques? c) Perte de conscience? d) Respiration difficile ou rapide ? e) Convulsions ? f) Saignements anormaux ? g) Jaunisse ou peau jaunâtre ? h) Urines foncées ?	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">OUI NON</div> a) PROSTRATION 1 2 b) PROBLÈMES CARDIAQUES 1 2 c) PERTE CONSCIENCE 1 2 d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE 1 2 e) CONVULSIONS 1 2 f) SAIGNEMENTS ANORMAUX 1 2 g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE 1 2 h) URINE FONCÉES ... 1 2	

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS DE 0-4 ANS			
127	VÉRIFIEZ 126: Y A-T-IL UN 'OUT' ENCERCLÉ?	<div> <div>NON</div> <div>OUI</div> </div>	→ 129
128 (5)	VÉRIFIEZ 124 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS 8.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE 1 8.0 G/DL OU EN-DESSUS .. 2 AUTRE 6	→ 130
129	DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE. Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme sévère. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené tout de suite à un établissement de santé. ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DU PALUDISME SÉVÈRE.		→ 137
130	Au cours des 2 dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] donné par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ?	OUI 1 NON 2	→ 132
ENFANT 1			ALLEZ À
131	DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION]. Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] pour le paludisme. Je ne peux donc pas vous donner du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] 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 du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION], vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens approfondis.		→ 139
132	LIRE LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT. Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION]. [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] 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.		
133	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 AUTRE 6	→ 139
134	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT DE TERRAIN	(SIGNEZ) <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> NUMERO AGENT DE TERRAIN	

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS DE 0-4 ANS

135	VÉRIFIEZ 133: MÉDICAMENT	OUI <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	NON <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>		139												
136	LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.				139												
DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les 2 jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th align="left" colspan="2">(1) ARTHEMETHER ALUFANTRINE</th> </tr> <tr> <th align="left" colspan="2">Poids (en Kg) - Age app Dose *</th> </tr> <tr> <td style="width: 35%; padding: 5px;">5 /< de 15 kg - moins de 3 ans</td> <td style="padding: 5px;">1 comprimé d'ALu 2 fois par jour pendant 3 jours</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">15 ans < de 25 kg - 3 à 8 ans</td> <td style="padding: 5px;">2 comprimé d'ALu 2 fois par jour pendant 3 jours</td> </tr> </table>						(1) ARTHEMETHER ALUFANTRINE		Poids (en Kg) - Age app Dose *		5 /< de 15 kg - moins de 3 ans	1 comprimé d'ALu 2 fois par jour pendant 3 jours	15 ans < de 25 kg - 3 à 8 ans	2 comprimé d'ALu 2 fois par jour pendant 3 jours				
(1) ARTHEMETHER ALUFANTRINE																	
Poids (en Kg) - Age app Dose *																	
5 /< de 15 kg - moins de 3 ans	1 comprimé d'ALu 2 fois par jour pendant 3 jours																
15 ans < de 25 kg - 3 à 8 ans	2 comprimé d'ALu 2 fois par jour pendant 3 jours																
DITES AUSSI AU PARENT / AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT: Le premier jour commencez par donner la première dose suivie de la seconde 8 heures plus tard; les jours suivants, la recommandation est simplement «matin» et «soir» (généralement à environ 12 heures d'intervalle). Mettez le comprimé dans un peu d'eau, mélangez bien l'eau et le comprimé, et donnez-le à l'enfant avec des aliments gras ou des boissons comme du lait ou du lait maternel. Assurez-vous que le traitement COMPLET de 3 jours est pris aux heures recommandées, sinon l'infection pourrait réapparaître.																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th align="left" colspan="4">(2) ARTÉSUNATE AMODIAQUINE</th> </tr> <tr> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> ENFANTS DE MOINS DE 1 AN OU DE MOINS DE 8 KG COMPRIMÉ DE 25 D'ARTÉSUNATE ET 67.5 mg D'AMODIAQUINE (LAQUETTE À BANI ROSE) </td> <td style="width: 15%; padding: 5px;"> JOUR 1 (1 COMPRIMÉ) </td> <td style="width: 15%; padding: 5px;"> JOUR 2 (1 COMPRIMÉ) </td> <td style="width: 15%; padding: 5px;"> JOUR 3 (1 COMPRIMÉ) </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> ENFANTS DE 1-5 ANS OU DE 8-17 KG COMPRIMÉ DE 25 D'ARTÉSUNATE D'AMODIAQUINE (LAQUETTE À BANI ROSE) </td> <td style="padding: 5px;"> JOUR 1 (1 COMPRIMÉ) </td> <td style="padding: 5px;"> JOUR 2 (1 COMPRIMÉ) </td> <td style="padding: 5px;"> JOUR 3 (1 COMPRIMÉ) </td> </tr> </table>						(2) ARTÉSUNATE AMODIAQUINE				ENFANTS DE MOINS DE 1 AN OU DE MOINS DE 8 KG COMPRIMÉ DE 25 D'ARTÉSUNATE ET 67.5 mg D'AMODIAQUINE (LAQUETTE À BANI ROSE)	JOUR 1 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 2 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 3 (1 COMPRIMÉ)	ENFANTS DE 1-5 ANS OU DE 8-17 KG COMPRIMÉ DE 25 D'ARTÉSUNATE D'AMODIAQUINE (LAQUETTE À BANI ROSE)	JOUR 1 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 2 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 3 (1 COMPRIMÉ)
(2) ARTÉSUNATE AMODIAQUINE																	
ENFANTS DE MOINS DE 1 AN OU DE MOINS DE 8 KG COMPRIMÉ DE 25 D'ARTÉSUNATE ET 67.5 mg D'AMODIAQUINE (LAQUETTE À BANI ROSE)	JOUR 1 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 2 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 3 (1 COMPRIMÉ)														
ENFANTS DE 1-5 ANS OU DE 8-17 KG COMPRIMÉ DE 25 D'ARTÉSUNATE D'AMODIAQUINE (LAQUETTE À BANI ROSE)	JOUR 1 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 2 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 3 (1 COMPRIMÉ)														

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS DE 0-4 ANS			
	ENFANT 1		ALLEZ À
137 (5)	VÉRIFIEZ 124 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS 8.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE 1 8.0 G/DL OU EN-DESSUS ... 2 AUTRE 6	} 139
138	<u>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u> Le test d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est très malade et doit être emmené immédiatement dans un établissement de santé. ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST DE L'HÉMOGLOBINE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DE L'ANÉMIE SÉVÈRE.		
139	SI UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À LA PAGE SUIVANTE ; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, METTEZ FIN À L'INTERVIEW.		

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS DE 0-4 ANS								
101 (3)	VÉRIFIEZ LA "LISTE DES INDIVIDUS/BIOMARQUEURS ÉLIGIBLES" FOURNIE PAR CAPI [COLONNE 11 DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE]. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À LA QUESTION 102 SUR CETTE PAGE ET SUR LES PAGES SUIVANTES EN COMMENÇANT PAR LE PREMIER ENFANT SUR LA LISTE. S'IL Y A PLUS DE TROIS ENFANTS, UTILISER UN (DES) QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S).							
	ENFANT 2	ALLEZ À						
102 (3)	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI: ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L' ENFANT. ENREGISTREZ LE NOM DE LA COLONNE 2 DU TABLEAU MÉNAGE; ENREGISTREZ LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE.	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>						
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L' ENFANT (JOUR , MOIS ET ANNÉE) DE L'HISTORIQUE DES GROSSESSES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>						
104	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ L' ÂGE DE L'ENFANT À PARTIR DE L'HISTORIQUE DES SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? COMPAREZ ET CORRIGEZ 103 ET/OU 104 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table>						
105	VÉRIFIEZ 104 : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → 139							
106 (4)	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996						
107 (5)	L'ENFANT ÉTAIT-IL HABILLÉ LÉGÈREMENT?	OUI 1 NON 2						
108	TAILLE EN CENTIMÈTRES. SI L' ENFANT A 0-1 AN, MESUREZ EN POSITION ALLONGÉE. SI L' ENFANT A 2, 3, OU 4 ANS, MESUREZ EN POSITION DEBOUT.	CM. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996						
109	L'ENFANT A T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION ALLONGÉE OU DEBOUT?	ALLONGÉE 1 DEBOUT 2						

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS DE 0-4 ANS		
110	VÉRIFIEZ 104 ET 109: SUR LA BASE DE L'ÂGE DE L'ENFANT, LA PROCÉDURE CORRECTE POUR LA MESURE A T-ELLE ÉTÉ SUIVIE ?	<div>OUI 1 → 112</div> <div>NON 2</div>
111	SI L'ENFANT A 0-1 AN : POURQUOI (NOM) A-T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION DEBOUT? SI L'ENFANT A 2-4 ANS : POURQUOI (NOM) A-T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION ALLONGÉE? _____	
112 (6)	LA MESURE ENREGISTRÉE A-T-ELLE ÉTÉ GÊNÉE PAR DES CHEVEUX TRESSÉS OU COIFFÉS ?	<div>OUI 1</div> <div>NON 2</div>
ENFANT 2		ALLEZ À
113	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE AGENT DE TERRAIN DU MESUREUR.	<div><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></div> NUMÉRO AGENT DE TERRAIN
114	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE AGENT DE TERRAIN DU MESUREUR ASSISTANT	<div><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></div> NUMÉRO AGENT DE TERRAIN
115	DATE DU JOUR :	<div>JOUR <input type="text"/> <input type="text"/></div> <div>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></div> <div>ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></div>
116	INSCRIVEZ LA TAILLE/LONGUEUR ET LE POIDS DANS LA BROCHURE.	
117	VÉRIFIEZ 103 : L'ENFANT A-PLUS ÂGÉ 0-5 MOIS <input type="text"/> T-IL 0-5 MOIS OU <input type="text"/> L'ENFANT EST-IL PLUS <input type="text"/>	→ 139
118	INSCRIVEZ LE NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
119	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LES TESTS DE PALUDISME ET D'ANÉMIE : <p>Dans cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme et un test pour vérifier s'ils ont ou non de l'anémie. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, de paludisme ou d'autres infections ou de maladie chronique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le paludisme et l'anémie. Nous demandons que tous les enfants âgés de 6 mois à 4 ans participent aux tests de paludisme et d'anémie. Les tests nécessitent quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. L'équipement utilisé pour prendre le sang est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera immédiatement testé pour le paludisme et l'anémie et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyés à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer aux tests de paludisme et d'anémie ?</p>	

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS DE 0-4 ANS			
120	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ 1 REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3	→ 123
121	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE AGENT DE TERRAIN DU MESUREUR DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.	_____ (SIGNATURE) <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> NUMÉRO AGENT DE TERRAIN	
ENFANT 2			ALLEZ À
122	SI LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU, PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES POUR LES TESTS ET CONTINUEZ AVEC LES TESTS.		
123	COLLEZ LA 1 ^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DU PALUDISME AU LABORATOIRE DANS L'ESPACE À DROITE. COLLEZ LA 2 ^e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME CORRESPONDANTE ET LA 3 ^e ÉTIQUETTE SUR	<div style="border: 2px dashed black; padding: 10px; text-align: center;"> COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI </div> PAS PRÉSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996	
124	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	G/DL <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> PAS PRÉSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	
125	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME	POSITIF FALCIPARUM 1 POSITIF VIVAX 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX 3 NÉGATIF 4 PAS PRÉSENT 5 REFUS 6 AUTRE 7	→ 137 → 139 → 137
126	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants : a) Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême? b) Problèmes cardiaques? c) Perte de conscience? d) Respiration difficile ou rapide ? e) Convulsions ? f) Saignements anormaux ? g) Jaunisse ou peau jaunâtre ? h) Urines foncées ?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> OUI NON </div> a) PROSTRATION 1 2 b) PROBLÈMES CARDIAQUES 1 2 c) PERTE CONSCIENCE 1 2 d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE 1 2 e) CONVULSIONS 1 2 f) SAIGNEMENTS ANORMAUX 1 2 g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE 1 2 h) URINE FONCÉES ... 1 2	

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS DE 0-4 ANS			
127	VÉRIFIEZ 126: Y A-T-IL UN 'OUI' ENCERCLÉ?	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>NON <input type="checkbox"/></div> <div>OUI <input type="checkbox"/></div> </div>	→ 129
128 (5)	VÉRIFIEZ 124 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS 8.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE 1 8.0 G/DL OU EN-DESSUS .. 2 AUTRE 6	→ 130
129	<u>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE.</u> Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme sévère. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené tout de suite à un établissement de santé. ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DU PALUDISME SÉVÈRE.		→ 137
130	Au cours des 2 dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] donné par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ?	OUI 1 NON 2	→ 132
ENFANT 2			ALLEZ À
131	<u>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION].</u> Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] pour le paludisme. Je ne peux donc pas vous donner du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] 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 du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION], vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens approfondis.		→ 139
132	LIRE LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT. Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION]. [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] 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.		
133	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 AUTRE 6	→ 139
134	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT DE TERRAIN	<div style="text-align: center;">(SIGNEZ)</div> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <div style="text-align: center;">NUMERO AGENT DE TERRAIN</div>	

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS DE 0-4 ANS

135	VÉRIFIEZ 133: MÉDICAMENT	OUI <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	NON <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>		139												
		↓															
136	LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.				139												
DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les 2 jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th align="left" colspan="2">(1) ARTHEMETHER ALUFANTRINE</th> </tr> <tr> <th align="left" colspan="2">Poids (en Kg) - Age app Dose *</th> </tr> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;"> 5 /< de 15 kg - moins de 3 ans </td> <td style="padding: 5px;"> 1 comprimé d'ALu 2 fois par jour pendant 3 jours </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> 15 ans < de 25 kg - 3 à 8 ans </td> <td style="padding: 5px;"> 2 comprimé d'ALu 2 fois par jour pendant 3 jours </td> </tr> </table>						(1) ARTHEMETHER ALUFANTRINE		Poids (en Kg) - Age app Dose *		5 /< de 15 kg - moins de 3 ans	1 comprimé d'ALu 2 fois par jour pendant 3 jours	15 ans < de 25 kg - 3 à 8 ans	2 comprimé d'ALu 2 fois par jour pendant 3 jours				
(1) ARTHEMETHER ALUFANTRINE																	
Poids (en Kg) - Age app Dose *																	
5 /< de 15 kg - moins de 3 ans	1 comprimé d'ALu 2 fois par jour pendant 3 jours																
15 ans < de 25 kg - 3 à 8 ans	2 comprimé d'ALu 2 fois par jour pendant 3 jours																
DITES AUSSI AU PARENT / AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT: Le premier jour commencez par donner la première dose suivie de la seconde 8 heures plus tard; les jours suivants, la recommandation est simplement «matin» et «soir» (généralement à environ 12 heures d'intervalle). Mettez le comprimé dans un peu d'eau, mélangez bien l'eau et le comprimé, et donnez-le à l'enfant avec des aliments gras ou des boissons comme du lait ou du lait maternel. Assurez-vous que le traitement COMPLET de 3 jours est pris aux heures recommandées, sinon l'infection pourrait réapparaître.																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th align="left" colspan="4">(2) ARTÉSUNATE AMODIAQUINE</th> </tr> <tr> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> ENFANTS DE MOINS DE 1 AN OU DE MOINS DE 8 KG COMPRIMÉ DE 25 D'ARTÉSUNATE ET 67.5 mg D'AMODIAQUINE (LAQUETTE À BANDE ROSE) </td> <td style="width: 15%; padding: 5px;"> JOUR 1 (1 COMPRIMÉ) </td> <td style="width: 15%; padding: 5px;"> JOUR 2 (1 COMPRIMÉ) </td> <td style="width: 45%; padding: 5px;"> JOUR 3 (1 COMPRIMÉ) </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> ENFANTS DE 1-5 ANS OU DE 8-17 KG COMPRIMÉ DE 25 D'ARTÉSUNATE D'AMODIAQUINE (LAQUETTE À BANDE ROSE) </td> <td style="padding: 5px;"> JOUR 1 (1 COMPRIMÉ) </td> <td style="padding: 5px;"> JOUR 2 (1 COMPRIMÉ) </td> <td style="padding: 5px;"> JOUR 3 (1 COMPRIMÉ) </td> </tr> </table>						(2) ARTÉSUNATE AMODIAQUINE				ENFANTS DE MOINS DE 1 AN OU DE MOINS DE 8 KG COMPRIMÉ DE 25 D'ARTÉSUNATE ET 67.5 mg D'AMODIAQUINE (LAQUETTE À BANDE ROSE)	JOUR 1 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 2 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 3 (1 COMPRIMÉ)	ENFANTS DE 1-5 ANS OU DE 8-17 KG COMPRIMÉ DE 25 D'ARTÉSUNATE D'AMODIAQUINE (LAQUETTE À BANDE ROSE)	JOUR 1 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 2 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 3 (1 COMPRIMÉ)
(2) ARTÉSUNATE AMODIAQUINE																	
ENFANTS DE MOINS DE 1 AN OU DE MOINS DE 8 KG COMPRIMÉ DE 25 D'ARTÉSUNATE ET 67.5 mg D'AMODIAQUINE (LAQUETTE À BANDE ROSE)	JOUR 1 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 2 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 3 (1 COMPRIMÉ)														
ENFANTS DE 1-5 ANS OU DE 8-17 KG COMPRIMÉ DE 25 D'ARTÉSUNATE D'AMODIAQUINE (LAQUETTE À BANDE ROSE)	JOUR 1 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 2 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 3 (1 COMPRIMÉ)														

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS DE 0-4 ANS			
ENFANT 2			ALLEZ À
137 (5)	VÉRIFIEZ 124 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS 8.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE 1 8.0 G/DL OU EN-DESSUS ... 2 AUTRE 6	<div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> 139
138	<u>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u> Le test d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est très malade et doit être emmené immédiatement dans un établissement de santé. ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST DE L'HÉMOGLOBINE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DE L'ANÉMIE SÉVÈRE.		
139	SI UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À LA PAGE SUIVANTE ; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, METTEZ FIN À L'INTERVIEW.		

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS DE 0-4 ANS

101 (3)	VÉRIFIEZ LA "LISTE DES INDIVIDUS/BIOMARQUEURS ÉLIGIBLES" FOURNIE PAR CAPI [COLONNE 11 DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE]. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À LA QUESTION 102 SUR CETTE PAGE ET SUR LES PAGES SUIVANTES EN COMMENÇANT PAR LE PREMIER ENFANT SUR LA LISTE. S'IL Y A PLUS DE TROIS ENFANTS, UTILISER UN (DES) QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S).										
	ENFANT 3		ALLEZ À								
102 (3)	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI: ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L' ENFANT. ENREGISTREZ LE NOM DE LA COLONNE 2 DU TABLEAU MÉNAGE; ENREGISTREZ LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE.	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L' ENFANT (JOUR , MOIS ET ANNÉE) DE L'HISTORIQUE DES GROSSESSES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
104	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ L' ÂGE DE L'ENFANT À PARTIR DE L'HISTORIQUE DES SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? COMPAREZ ET CORRIGEZ 103 ET/OU 104 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
105	VÉRIFIEZ 104 : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 139								
106 (4)	POIDS EN KILOGRAMMES. TAILLE EN CENTIMÈTRES	KG. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996					} 108				
107 (5)	L'ENFANT ÉTAIT-IL HABILLÉ LÉGÈREMENT?	OUI 1 NON 2									
108	TAILLE EN CENTIMÈTRES. SI L' ENFANT A 0-1 AN, MESUREZ EN POSITION ALLONGÉE. SI L' ENFANT A 2, 3, OU 4 ANS, MESUREZ EN POSITION DEBOUT.	CM. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996					} 113				
109	L'ENFANT A T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION ALLONGÉE OU DEBOUT?	ALLONGÉE 1 DEBOUT 2									

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS DE 0-4 ANS		
110	VÉRIFIEZ 104 ET 109: SUR LA BASE DE L'ÂGE DE L'ENFANT, LA PROCÉDURE CORRECTE POUR LA MESURE A T-ELLE ÉTÉ SUIVIE ?	<div>OUI 1 → 112</div> <div>NON 2</div>
111	SI L'ENFANT A 0-1 AN : POURQUOI (NOM) A-T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION DEBOUT? SI L'ENFANT A 2-4 ANS : POURQUOI (NOM) A-T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION ALLONGÉE?	
112 (6)	LA MESURE ENREGISTRÉE A-T-ELLE ÉTÉ GÊNÉE PAR DES CHEVEUX TRESSÉS OU COIFFÉS ?	<div>OUI 1</div> <div>NON 2</div>
ENFANT 3		ALLEZ À
113	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE AGENT DE TERRAIN DU MESUREUR.	<div><input type="text"/></div> <div>NUMÉRO AGENT DE TERRAIN</div>
114	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE AGENT DE TERRAIN DU MESUREUR ASSISTANT	<div><input type="text"/></div> <div>NUMÉRO AGENT DE TERRAIN</div>
115	DATE DU JOUR :	<div>JOUR <input type="text"/></div> <div>MOIS <input type="text"/></div> <div>ANNÉE <input type="text"/></div>
116	INSCRIVEZ LA TAILLE/LONGUEUR ET LE POIDS DANS LA BROCHURE.	
117	VÉRIFIEZ 103 : L'ENFANT A-PLUS ÂGÉ 0-5 MOIS <input type="checkbox"/> T-IL 0-5 MOIS OU <input type="checkbox"/> L'ENFANT EST-IL PLUS ÂGÉ <input type="checkbox"/>	→ 139
118	INSCRIVEZ LE NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT	<div>NOM <input type="text"/></div> <div>NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/></div>
119	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LES TESTS DE PALUDISME ET D'ANÉMIE : <p>Dans cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme et un test pour vérifier s'ils ont ou non de l'anémie. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, de paludisme ou d'autres infections ou de maladie chronique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le paludisme et l'anémie. Nous demandons que tous les enfants âgés de 6 mois à 4 ans participent aux tests de paludisme et d'anémie. Les tests nécessitent quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. L'équipement utilisé pour prendre le sang est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera immédiatement testé pour le paludisme et l'anémie et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyés à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer aux tests de paludisme et d'anémie ?</p>	

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS DE 0-4 ANS			
120	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ 1 REFUS 2 ABSENT/AUTRE 3	→ 123
121	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE AGENT DE TERRAIN DU MESUREUR DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.	_____ (SIGNATURE) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> NUMÉRO AGENT DE TERRAIN	
ENFANT 3			ALLEZ À
122	SI LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU, PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES POUR LES TESTS ET CONTINUEZ AVEC LES TESTS.		
123	COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DU PALUDISME AU LABORATOIRE DANS L'ESPACE À DROITE. COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME CORRESPONDANTE ET LA 3e ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 2px dashed black; padding: 10px; text-align: center;"> COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI </div> PAS PRÉSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996	
124	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	G/DL <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> PAS PRÉSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	
125	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME	POSITIF FALCIPARUM 1 POSITIF VIVAX 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX 3 NÉGATIF 4 PAS PRÉSENT 5 REFUS 6 AUTRE 7	→ 137 → 139 → 137
126	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants : a) Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême? b) Problèmes cardiaques? c) Perte de conscience? d) Respiration difficile ou rapide ? e) Convulsions ? f) Saignements anormaux ? g) Jaunisse ou peau jaunâtre ? h) Urines foncées ?	<div style="text-align: right;">OUI NON</div> a) PROSTRATION 1 2 b) PROBLÈMES CARDIAQUES 1 2 c) PERTE CONSCIENCE 1 2 d) RESPIRATION DIFFICILE OU RAPIDE 1 2 e) CONVULSIONS 1 2 f) SAIGNEMENTS ANORMAUX 1 2 g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE 1 2 h) URINE FONCÉES ... 1 2	

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS DE 0-4 ANS			
127	VÉRIFIEZ 126: Y A-T-IL UN 'OUT' ENCERCLÉ?	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>NON <input type="checkbox"/></div> <div>OUI <input type="checkbox"/></div> </div>	→ 129
128 (5)	VÉRIFIEZ 124 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS 8.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE 1 8.0 G/DL OU EN-DESSUS .. 2 AUTRE 6	→ 130
129	<u>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE.</u> Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme sévère. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené tout de suite à un établissement de santé. ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DU PALUDISME SÉVÈRE.		→ 137
130	Au cours des 2 dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] donné par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ?	OUI 1 NON 2	→ 132
ENFANT 3			ALLEZ À
131	<u>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION].</u> Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] pour le paludisme. Je ne peux donc pas vous donner du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] 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 du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION], vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens approfondis.		→ 139
132	LIRE LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT. Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION]. [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] 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.		
133	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ 1 MÉDICAMENT REFUSÉ 2 AUTRE 6	→ 139
134	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT DE TERRAIN	<div style="text-align: center;">(SIGNEZ)</div> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <div style="text-align: center;">NUMERO AGENT DE TERRAIN</div>	

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS DE 0-4 ANS

135	VÉRIFIEZ 133: MÉDICAMENT	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
-----	--------------------------	------------------------------	------------------------------	--

136	LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.	
-----	--	--

DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les 2 jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.

(1) ARTHEMETHER ALUFANTRINE

Poids (en Kg) - Age app. Dose *

5 /< de 15 kg - moins de 3 ans	1 comprimé d'ALu 2 fois par jour pendant 3 jours
15 ans < de 25 kg - 3 à 8 ans	2 comprimé d'ALu 2 fois par jour pendant 3 jours

DITES AUSSI AU PARENT / AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT: Le premier jour commencez par donner la première dose suivie de la seconde 8 heures plus tard; les jours suivants, la recommandation est simplement «matin» et «soir» (généralement à environ 12 heures d'intervalle). Mettez le comprimé dans un peu d'eau, mélangez bien l'eau et le comprimé, et donnez-le à l'enfant avec des aliments gras ou des boissons comme du lait ou du lait maternel. Assurez-vous que le traitement COMPLET de 3 jours est pris aux heures recommandées, sinon l'infection pourrait réapparaître.

(2) ARTÉSUNATE AMODIAQUINE

ENFANTS DE MOINS DE 1 AN OU DE MOINS DE 8 KG	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3
COMPRIMÉ DE 25 D'ARTÉSUNATE ET 67.5 mg D'AMODIAQUINE (LAQUETTE À BANI ROSE)	(1 COMPRIMÉ	(1 COMPRIMÉ	(1 COMPRIMÉ
ENFANTS DE 1-5 ANS OU DE 8-17 KG	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3
COMPRIMÉ DE 25 D'ARTÉSUNATE ET 67.5 mg D'AMODIAQUINE (LAQUETTE À BANI ROSE)	(1 COMPRIMÉ	(1 COMPRIMÉ	(1 COMPRIMÉ

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS DE 0-4 ANS			
	ENFANT 3		ALLEZ À
137 (5)	VÉRIFIEZ 124 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS 8.0 G/DL, ANEMIE SEVÈRE 1 8.0 G/DL OU EN-DESSUS ... 2 AUTRE 6	<div> <div></div> <div>139</div> </div>
138	<u>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u> Le test d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est très malade et doit être emmené immédiatement dans un établissement de santé. ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST DE L'HÉMOGLOBINE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DE L'ANÉMIE SÉVÈRE.		
139	SI UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À LA PAGE SUIVANTE ; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, METTEZ FIN À L'INTERVIEW.		

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

201	VÉRIFIEZ LA "LISTE DES INDIVIDUS/BIOMARQUEURS ÉLIGIBLES" FOURNIE PAR CAPI [COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE]. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÂGE ET L'ÉTAT MATRIMONIAL DE TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES À 202, 203 ET 204 SUR CETTE PAGE ET SUR LES PAGES SUIVANTES À PARTIR DE LA PREMIÈRE INSCRITE. SI IL Y A PLUS DE DEUX FEMMES, UTILISEZ UN (DES) QUESTIONNAIRE (S) SUPPLÉMENTAIRE (S).	
	FEMME 1	ALLEZ À
202	<p>VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI : ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME.</p> <p>[ENREGISTREZ LE NOM DE LA COLONNE 2 DU TABLEAU MÉNAGE ; ENREGISTREZ LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE]</p>	<p>NOM _____</p> <p>NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/></p>
203	<p>VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI POUR L'ÂGE:</p> <p>[VÉRIFIEZ LA COLONNE 7 DU TABLEAU MÉNAGE (ÂGE).]</p>	<p>15-17 ANS 1</p> <p>18-49 ANS 2</p>
204	<p>VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI POUR L'ÉTAT MATRIMONIAL :</p> <p>[VÉRIFIEZ LA COLONNE 8 DU TABLEAU MÉNAGE (ÉTAT MATRIMONIAL).]</p>	<p>CODE 4 (JAMAIS EN UNION) . 1</p> <p>AUTRE 2</p>
205	POIDS EN KILOGRAMMES.	<p>KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ABSENTE 99994</p> <p>REFUS 99995</p> <p>AUTRE 99996</p>
206	LA FEMME PORTAIT-ELLE UNIQUEMENT DES VÊTEMENTS LÉGERS ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>

→ 207

207	TAILLE EN CENTIMÈTRES	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	<input type="checkbox"/> → 209
208	LA MESURE ENREGISTRÉE A-T-ELLE ÉTÉ GÊNÉE PAR DES CHEVEUX TRESSÉS OU COIFFÉS ?	OUI 1 NON 2	
209	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE AGENT DE TERRAIN DU MESUREUR.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO AGENT DE TERRAIN	
210	INSCRIVEZ NUMÉRO AGENT DE TERRAIN DU MESUREUR ASSISTANT.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO AGENT DE TERRAIN	
211	DATE DU JOUR :	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"/>	
212	VÉRIFIÉE DE 15-17 <input type="text"/> ANS ² ↓	AGÉE DE 18-49 <input type="text"/> ANS	<input type="checkbox"/> → 214
213	VÉRIFIÉE AUTRE <input type="text"/> (JAMAIS EN UNION) ↓	CODE 4 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> → 217

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

		FEMME 1		ALLEZ À
C O N S E N T E M E N T A D U L T E	CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE ADULTE POUR LE TEST D'ANÉMIE			
	214	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE :</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de 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 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>		
	215	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ 1 REFUSÉ 2 ABSENT/AUTRE 3	→ 225
	216	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE AGENT DE TERRAIN DU MESUREUR DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.	_____ (SIGNATURE) <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> NUMÉRO AGENT DE TERRAIN	→ 225
	217	INSCRIVEZ LE NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENQUÊTÉE MINEURE.	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE <div style="border: 1px dashed black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	

		FEMME 1		ALLEZ À
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 O N S A B L E	218	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE :</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM DE LA MINEURE) tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE LA MINEURE) à participer au test d'anémie?</p>		
	219	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ 1 PARENT/ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ . 2 ABSENT/AUTRE 3	→ 225
	220	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE AGENT DE TERRAIN DU MESUREUR DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.	_____ (SIGNATURE) <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 10px auto;"></div> NUMÉRO AGENT DE TERRAIN	
221	VÉRIFI CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> ACCORDÉ <input type="checkbox"/>	CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> REFUSÉ <input type="checkbox"/>	→ 225	

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

	FEMME 1		ALLEZ À			
CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST						
C O N S E N T E M E N T E N Q U Ê T É E M I N E U R E	222	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR UN TEST D'ANÉMIE À L'ENQUÊTÉE MINEURE :</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>				
	223	<p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ</p> <p>ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ 2 ABSENTE/AUTRE 3</p>	→ 225			
	224	<p>SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE AGENT DE TERRAIN DU MESUREUR DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.</p> <p>_____</p> <p>(SIGNATURE)</p> <p><table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table></p> <p>NUMÉRO AGENT DE TERRAIN</p>				

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

	FEMME 1	ALLEZ À
225	ENREGISTREZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE.	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;">G/DL</div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>ABSENTE</div> <div>.994</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>REFUS</div> <div>.995</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>AUTRE</div> <div>.996</div> </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <div style="border-left: 1px solid black; width: 10px; height: 20px; display: inline-block;"></div> → 228 </div>
226	VÉRIFIEZ 225 : RÉSULTAT HÉMOGLOBINE	<div style="margin-bottom: 10px;">EN-DESSOUS 8.0 G/DL,</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>ANÉMIE SÉVÈRE</div> <div>1</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>8.0 G/DL OU PLUS</div> <div>2</div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <div style="border-left: 1px solid black; width: 10px; height: 20px; display: inline-block;"></div> → 228 </div>
227	<p>Le test pour le diagnostic d'anémie montre que vous avez une anémie sévère. Vous êtes très malade et vous devez vous rendre immédiatement dans un établissement de santé.</p> <p>ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE POUR L'ANÉMIE SÉVÈRE.</p>	
228	SI IL Y A UNE AUTRE FEMME, ALLEZ À 202 À LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS DE FEMMES, ALLEZ À 301.	

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

201	VÉRIFIEZ LA "LISTE DES INDIVIDUS/BIOMARQUEURS ÉLIGIBLES" FOURNIE PAR CAPI [COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE]. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÂGE ET L'ÉTAT MATRIMONIAL DE TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES À 202, 203 ET 204 SUR CETTE PAGE ET SUR LES PAGES SUIVANTES À PARTIR DE LA PREMIÈRE INSCRITE. SI IL Y A PLUS DE DEUX FEMMES, UTILISEZ UN (DES) QUESTIONNAIRE (S) SUPPLÉMENTAIRE (S).						
	FEMME 1	ALLEZ À					
202	<p>VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI : ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME.</p> <p>[ENREGISTREZ LE NOM DE LA COLONNE 2 DU TABLEAU MÉNAGE ; ENREGISTREZ LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE]</p>	<p>NOM _____</p> <p>NUMÉRO DE LIGNE ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p>					
203	<p>VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI POUR L'ÂGE:</p> <p>[VÉRIFIEZ LA COLONNE 7 DU TABLEAU MÉNAGE (ÂGE).]</p>	<p>15-17 ANS 1</p> <p>18-49 ANS 2</p>					
204	<p>VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI POUR L'ÉTAT MATRIMONIAL :</p> <p>[VÉRIFIEZ LA COLONNE 8 DU TABLEAU MÉNAGE (ÉTAT MATRIMONIAL).]</p>	<p>CODE 4 (JAMAIS EN UNION) . 1</p> <p>AUTRE 2</p>					
205	POIDS EN KILOGRAMMES.	<p>KG. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>ABSENTE 99994</p> <p>REFUS 99995</p> <p>AUTRE 99996</p>					
206	LA FEMME PORTAIT-ELLE UNIQUEMENT DES VÊTEMENTS LÉGERS ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>					
207	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	<p>CM. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p>					

→ 207

		ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	<input type="checkbox"/> → 209
208	LA MESURE ENREGISTRÉE A-T-ELLE ÉTÉ GÊNÉE PAR DES CHEVEUX TRESSÉS OU COIFFÉS ?	OUI 1 NON 2	
209	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE AGENT DE TERRAIN DU MESUREUR.	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px;"></div> NUMÉRO AGENT DE TERRAIN	
210	INSCRIVEZ NUMÉRO AGENT DE TERRAIN DU MESUREUR ASSISTANT.	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px;"></div> NUMÉRO AGENT DE TERRAIN	
211	DATE DU JOUR :	JOUR <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> MOIS <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div> ANNÉE <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div>	
212	VÉRIFIÉE DE 15-17 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> ANS ² ↓	AGÉE DE 18-49 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> ANS	→ 214
213	VÉRIFIÉE AUTRE <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> (JAMAIS EN UNION) ↓	CODE 4 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div>	→ 217

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

		FEMME 2		ALLEZ À
C O N S E N T E M E N T A D U L T E	CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE ADULTE POUR LE TEST D'ANÉMIE			
	214	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE :</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de 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 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>		
	215	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ 1 REFUSÉ 2 ABSENT/AUTRE 3	→ 225
	216	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE AGENT DE TERRAIN DU MESUREUR DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.	_____ (SIGNATURE) <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> NUMÉRO AGENT DE TERRAIN	→ 225
217	INSCRIVEZ LE NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENQUÊTÉE MINEURE.	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE <div style="border: 1px dashed black; width: 60px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>		

		FEMME 2		ALLEZ À
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 O N S A B L E	218	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE :</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM DE LA MINEURE) tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE LA MINEURE) à participer au test d'anémie?</p>		
	219	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ 1 PARENT/ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ . 2 ABSENT/AUTRE 3	→ 225
	220	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE AGENT DE TERRAIN DU MESUREUR DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.	_____ (SIGNATURE) <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> </div> NUMÉRO AGENT DE TERRAIN	
	221	VÉRIFI SENTEMENT <input type="checkbox"/> ACCORDÉ	CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> REFUSÉ	→ 225

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

		FEMME 2	ALLEZ À
CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST			
C O N S E N T E M E N T E N Q U Ê T É E M I N E U R E	222	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR UN TEST D'ANÉMIE À L'ENQUÊTÉE MINEURE :</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>	
	223	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ	<p>ACCORDÉ 1</p> <p>ENQUÊTÉE MINEURE</p> <p>A REFUSÉ 2</p> <p>ABSENTE/AUTRE 3 → 225</p>
	224	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE AGENT DE TERRAIN DU MESUREUR DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.	<p>_____</p> <p>(SIGNATURE)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 10px auto;"></div> <p>NUMÉRO AGENT DE TERRAIN</p>

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

	FEMME 2		ALLEZ À
225	ENREGISTREZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE.	<p>G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/></p> <p>ABSENTE994</p> <p>REFUS995</p> <p>AUTRE996</p>	→ 228
226	VÉRIFIEZ 225 : RÉSULTAT HÉMOGLOBINE	<p>EN-DESSOUS 8.0 G/DL,</p> <p>ANÉMIE SÉVÈRE 1</p> <p>8.0 G/DL OU PLUS 2</p>	→ 228
227	<p>Le test pour le diagnostic d'anémie montre que vous avez une anémie sévère. Vous êtes très malade et vous devez vous rendre immédiatement dans un établissement de santé.</p> <p>ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE POUR L'ANÉMIE SÉVÈRE.</p>		
228	<p>SI IL Y A UNE AUTRE FEMME, ALLEZ À 202 À LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS DE FEMMES, ALLEZ À 301.</p>		

OBSERVATIONS DE [L'AGENT DE TERRAIN]

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

FEMME 1

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE