

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ  
 QUESTIONNAIRE BIOMARQUEUR - MÉNAGES PLUS HÉPATITE B

RÉPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE  
 OFFICE NATIONAL DE LA STATISTIQUE

IDENTIFICATION											
WILAYA .....											
MOUGHATAA .....											
COMMUNE .....											
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____											
NUMÉRO DE LA GRAPPE .....											
NUMÉRO DU SEGMENT .....											
NUMÉRO DU MÉNAGE .....											
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ? (1=OUI, 2=NON) .....											
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'HÉPATITE B ? (1=OUI, 2=NON) .....											
<b>VÉRIFIEZ - POUR CE QUESTIONNAIRE, IL FAUT QUE LE MÉNAGE SOIT SELECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ET AUSSI POUR L'HÉPATITE B</b>											
VISITES LE TECHNICIEN DE SANTÉ											
	1	2	3	VISITE FINALE							
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>							
NOM DU TECHNICIEN	_____	_____	_____	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><td></td><td></td></tr></table>							
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table>							
HEURE	_____	_____									
NOTES:											
_____			TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
_____			TOTAL D'HOMMES ÉLIGIBLES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
_____			TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
_____											
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>2</td></tr></table>	0	2	LANGUE DE L'INTERVIEW**	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr></table>			LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ**	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
0	2										
				TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2)	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td></tr></table>						
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<b>FRANÇAIS</b>		**CODES LANGUES :								
			01 ARABE	04 SONINKE	96 AUTRE						
			02 FRANÇAIS	05 WOLOF							
			03 POULAR		(PRÉCISEZ)						
CHEF D'ÉQUIPE											
_____				<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							
NOM				NUMERO							

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE, DU TEST DU PALUDISME ET DU TEST DE L'HÉPATITE DES ENFANTS DE 0-14 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-14 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.9 .	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 : L'ENQUÊTRICE DOIT COPIER LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (JOUR, MOIS ET ANNÉE ) DU TABLEAU DES NAISSANCES.  SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE LE TECHNICIEN DE SANTÉ DOIT DEMANDER :  Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR ..... <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"/>	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"/>	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"/>
103A	VÉRIFIEZ : AUJOURD'HUI NOUS SOMMES EN 2019 OU 2020 ?	2019 ..... 1 2020 ..... 2 (PASSEZ À 104A) ←	2019 ..... 1 2020 ..... 2 (PASSEZ À 104A) ←	2019 ..... 1 2020 ..... 2 (PASSEZ À 104A) ←
104	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2014-2019?	2014-2019 ..... 1 (PASSEZ À 105) ← 2013 OU AVANT ..... 2 (PASSEZ À 116) ←	2014-2019 ..... 1 (PASSEZ À 105) ← 2013 OU AVANT ..... 2 (PASSEZ À 116) ←	2014-2019 ..... 1 (PASSEZ À 105) ← 2013 OU AVANT ..... 2 (PASSEZ À 116) ←
104A	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2015-2020?	2015-2020 ..... 1 2014 OU AVANT ..... 2 (PASSEZ À 116) ←	2015-2020 ..... 1 2014 OU AVANT ..... 2 (PASSEZ À 116) ←	2015-2020 ..... 1 2014 OU AVANT ..... 2 (PASSEZ À 116) ←
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
109	VÉRIFIEZ 103: L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ DURANT LE MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 142) ← PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 142) ← PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 142) ← PLUS ÂGÉ ..... 2
110	NOM DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT	_____ NOM	_____ NOM	_____ NOM

**TESTS D'ANÉMIE, DE PALUDISME, DE L'HÉPATITE POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS -14 ANS**

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.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 _____	NOM _____	NOM _____
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 2014, 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 APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	ACCORDÉ ..... 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUS ..... 2 ABSENTE/AUTRE .... 3	ACCORDÉ ..... 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUS ..... 2 ABSENTE/AUTRE .... 3	ACCORDÉ ..... 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUS ..... 2 ABSENTE/AUTRE .... 3
113	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE	<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 2014 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 sur 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, SIGNEZ, ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 _____ ← (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE/AUTRE .... 3	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 _____ ← (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE/AUTRE .... 3	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 _____ ← (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE/AUTRE .... 3

**TESTS D'ANEMIE, DE PALUDISME, DE L'HÉPATITE POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS -14 ANS**

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.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 _____	NOM _____	NOM _____
115	VÉRIFIEZ 103: EST-CE QUE L'ENFANT A DÉJÀ EU SA PREMIÈRE ANNIVERSAIRE ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 118) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 118) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 118) ←
116	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE L'HÉPATITE AU PARENT/AUTRE ADULTE	<p>L'hépatite B est un problème de santé sérieux. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'hépatite B. 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 l'hépatite B.</p> <p>Pour le test rapide d'hépatite B, on a besoin de (plus de) gouttes de sang d'un doigt. On utilisera les mêmes tests rapides que ceux utilisés dans les hôpitaux au Mauritanie. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test.</p> <p>Si le test est positif, je vais vous fournir un formulaire de référence pour aller à l'établissement de santé le plus proche pour un suivi auprès des techniciens de santé, comme le recommande le Ministère de la Santé.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?</p> <p>Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test rapide d'hépatite B ?</p>		
117	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ, ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 ← (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE/AUTRE .... 3	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 ← (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE/AUTRE .... 3	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 ← (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE/AUTRE .... 3
118	PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TEST(S) POUR LEQUELS/LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TEST(S).			
118A	VÉRIFIEZ 104 ET 104A: EST-CE QUE LE CODE <2> EST CHOISI ?  C'EST-À-DIRE L'ENFANT A 6 ANS OU PLUS ?	OUI ..... 1 (ALLEZ À 122) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (ALLEZ À 122) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (ALLEZ À 122) ← NON ..... 2
119	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE	G/DL .... <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"/> ABSENT ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	G/DL .... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996
120	ENCERCLER LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 121A) ←	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 121A) ←	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 121A) ←

**TESTS D'ANÉMIE, DE PALUDISME, DE L'HÉPATITE POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS -14 ANS**

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.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 _____	NOM _____	NOM _____
121	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 AUTRE ..... 6	POSITIF FALCIPARUM ..... 1 POSITIF VIVAX ..... 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX ..... 3 NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6	POSITIF FALCIPARUM ..... 1 POSITIF VIVAX ..... 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX ..... 3 NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6
121A	VÉRIFIEZ 103: EST-CE QUE L'ENFANT A DÉJÀ EU SA PREMIÈRE ANNIVERSAIRE ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 124) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 124) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 124) ←
122	ENCERCLER LE CODE DU RÉSULTAT DU TEST DE L'HÉPATITE	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 123A) ←	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 123A) ←	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 123A) ←
123	INSCRIVEZ LE RÉSULTAT DU TEST DE L'HÉPATITE ICI ET DANS LA BROCHURE	HBsAg RÉACTIF ..... 1 HBsAg NON-RÉACTIF . 2  ABSENTE .....994 REFUS .....995 AUTRE .....996	HBsAg RÉACTIF ..... 1 HBsAg NON-RÉACTIF . 2  ABSENTE .....994 REFUS .....995 AUTRE .....996	HBsAg RÉACTIF ..... 1 HBsAg NON-RÉACTIF . 2  ABSENTE .....994 REFUS .....995 AUTRE .....996
123A	VÉRIFIEZ 104 ET 104A: EST-CE QUE LE CODE <2> EST CHOISI ?  C'EST-À-DIRE L'ENFANT A 6 ANS OU PLUS ?	OUI ..... 1 (ALLEZ À 139) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (ALLEZ À 139) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (ALLEZ À 139) ← NON ..... 2
124	VÉRIFIEZ 121: LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME	POSITIF FALCIPARUM ..... 1 POSITIF VIVAX ..... 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX ..... 3 (PASSEZ À 127) ← NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6	POSITIF FALCIPARUM ..... 1 POSITIF VIVAX ..... 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX ..... 3 (PASSEZ À 127) ← NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6	POSITIF FALCIPARUM ..... 1 POSITIF VIVAX ..... 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX ..... 3 (PASSEZ À 127) ← NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6
125	VÉRIFIEZ 119: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 138A) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 138A) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 138A) ←
126	<b><u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u></b> ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST D'HÉMOGLOBINE DANS LA BROCHURE	Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené à un établissement de santé immédiatement.  (PASSEZ À 138A)		

**TESTS D'ANÉMIE, DE PALUDISME, DE L'HÉPATITE POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS -14 ANS**

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.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 _____	NOM _____	NOM _____
127	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou	OUI NON	OUI NON	OUI NON
	a) Faiblesse extrême?	a) FAIBLESSE EXTRÊME 1 2	a) FAIBLESSE EXTRÊME 1 2	a) FAIBLESSE EXTRÊME 1 2
	b) Problèmes cardiaques?	b) PROBLÈMES CARDIAQUES 1 2	b) PROBLÈMES CARDIAQUES 1 2	b) PROBLÈMES CARDIAQUES 1 2
	c) Perte de conscience?	c) PERTE DE CONSCIENCE 1 2	c) PERTE DE CONSCIENCE 1 2	c) PERTE DE CONSCIENCE 1 2
	d) Respiration rapide ou difficulté de respirer?	d) RESPIRATION RAPIDE 1 2	d) RESPIRATION RAPIDE 1 2	d) RESPIRATION RAPIDE 1 2
	e) Convulsions?	e) CONVULSIONS 1 2	e) CONVULSIONS 1 2	e) CONVULSIONS 1 2
	f) Saignements anormaux?	f) SAIGNEMENTS 1 2	f) SAIGNEMENTS 1 2	f) SAIGNEMENTS 1 2
	g) Jaunisse/peau jaune ?	g) JAUNISSE 1 2	g) JAUNISSE 1 2	g) JAUNISSE 1 2
	h) Urine foncée?	h) URINE FONCÉE 1 2	h) URINE FONCÉE 1 2	h) URINE FONCÉE 1 2
128	VÉRIFIEZ 127: Y A-T-IL UN 'OUI' ENCIRCLÉ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
		(PASSEZ À 131) ←	(PASSEZ À 131) ←	(PASSEZ À 131) ←
129	VÉRIFIEZ 119: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 (PASSEZ À 131) ← 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 (PASSEZ À 131) ← 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 (PASSEZ À 131) ← 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6
130	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la CTA donné par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI ..... 1 (PASSEZ À 132) ← NON ..... 2 (PASSEZ À 133) ←	OUI ..... 1 (PASSEZ À 132) ← NON ..... 2 (PASSEZ À 133) ←	OUI ..... 1 (PASSEZ À 132) ← NON ..... 2 (PASSEZ À 133) ←
131	<b><u>DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.</u></b> ENREGISTRER LE RESULTAT DANS LA BROCHURE	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 à un établissement de santé. (PASSEZ À 137)		
132	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE L'ACT.	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.  (PASSEZ À 138A)		
133	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 [MÉDICAMENT RACCOMENDÉ]. [MÉDICAMENT RACCOMENDÉ] 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.		

**TESTS D'ANEMIE, DE PALUDISME, DE L'HÉPATITE POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS -14 ANS**

	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.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 _____	NOM _____	NOM _____

134	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ. 1 _____ (SIGNATURE) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ. 1 _____ (SIGNATURE) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ. 1 _____ (SIGNATURE) ←
		REFUS ..... 2	REFUS ..... 2	REFUS ..... 2
		AUTRE ..... 6	AUTRE ..... 6	AUTRE ..... 6

135	VÉRIFIEZ 134: MÉDICAMENT ACCEPTÉ	MÉDICAMENT ACCEPTÉ. 1 REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 138A) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ. 1 REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 138A) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ. 1 REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 138A) ←
-----	-------------------------------------	--	--	--

136	LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.	<p align="center"><b>INSTRUCTION POUR LE DOSAGE</b></p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">POIDS (en Kg)/AGE</th> <th colspan="3">TRAITEMENT</th> </tr> <tr> <th>Jour 1</th> <th>Jour 2</th> <th>Jour 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align:center;"><b>4,5 à 8 kg</b>  (6 -11 mois)</td> <td>1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)</td> <td>1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)</td> <td>1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;"><b>9 -17 kg</b> (1-5 ans)</td> <td>Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)</td> <td>Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)</td> <td>Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)</td> </tr> </tbody> </table> <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 têter, 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> <p>(PASSEZ À 138A)</p>	POIDS (en Kg)/AGE	TRAITEMENT			Jour 1	Jour 2	Jour 3	<b>4,5 à 8 kg</b>  (6 -11 mois)	1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)	<b>9 -17 kg</b> (1-5 ans)	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)
POIDS (en Kg)/AGE	TRAITEMENT																
	Jour 1	Jour 2	Jour 3														
<b>4,5 à 8 kg</b>  (6 -11 mois)	1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)														
<b>9 -17 kg</b> (1-5 ans)	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)														

**TESTS D'ANÉMIE, DE PALUDISME, DE L'HÉPATITE POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS -14 ANS**

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.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 _____	NOM _____	NOM _____
137	VÉRIFIEZ 119: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE .... 1 8.0 G/DL OU PLUS .... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 138A) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE .... 1 8.0 G/DL OU PLUS .... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 138A) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE .... 1 8.0 G/DL OU PLUS .... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 138A) ←
138	<b><u>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u></b> ENREGISTRER LE RESULTAT DANS LA BROCHURE	Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené à un établissement de santé immédiatement.		
138A	VÉRIFIEZ 103: EST-CE QUE L'ENFANT A DÉJÀ EU SA PREMIÈRE ANNIVERSAIRE ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 142) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 142) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 142) ←
139	VÉRIFIEZ 123: LE RÉSULTAT DU TEST DE L'HÉPATITE	HBsAg RÉACTIF ..... 1 (PASSEZ À 140) ← HBsAg NON-RÉACTIF . 2 (PASSEZ À 141) ← ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996 (PASSEZ À 142) ←	HBsAg RÉACTIF ..... 1 (PASSEZ À 140) ← HBsAg NON-RÉACTIF . 2 (PASSEZ À 141) ← ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996 (PASSEZ À 142) ←	HBsAg RÉACTIF ..... 1 (PASSEZ À 140) ← HBsAg NON-RÉACTIF . 2 (PASSEZ À 141) ← ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996 (PASSEZ À 142) ←
140	INFORMEZ LE PARENT/RESPONSABLE DE L'ENFANT DE SON STATUT HÉPATITE B POSITIF ET FOURNISSEZ LE CONSEIL APRÈS TEST. DANS LE CADRE DE CES CONSEILS APRÈS-TEST, FOURNISSEZ ÉGALEMENT UNE FICHE DE RÉFÉRENCE À UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ LE PLUS PROCHE OÙ LES SERVICES DE SOINS ET TRAITEMENT D'HÉPATITE B SONT HABITUELLEMENT EFFECTUÉS.  ALLEZ À 142			
141	INFORMEZ LE PARENT/RESPONSABLE DE L'ENFANT DE SON STATUT NÉGATIF POUR L'HÉPATITE B ET FOURNISSEZ LE CONSEIL APRÈS TEST.			
142	RETOURNEZ À 103 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA 1ERE COLONNE DE LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 201			

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE, DU TEST DU PALUDISME ET DU TEST DE L'HÉPATITE DES ENFANTS DE 0-14 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-14 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.9 .	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 : L'ENQUÊTRICE DOIT COPIER LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (JOUR, MOIS ET ANNÉE ) DU TABLEAU DES NAISSANCES.  SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE LE TECHNICIEN DE SANTÉ DOIT DEMANDER :  Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR ..... <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"/>	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"/>	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"/>
103A	VÉRIFIEZ : AUJOURD'HUI NOUS SOMMES EN 2019 OU 2020 ?	2019 ..... 1 2020 ..... 2 (PASSEZ À 104A) ←	2019 ..... 1 2020 ..... 2 (PASSEZ À 104A) ←	2019 ..... 1 2020 ..... 2 (PASSEZ À 104A) ←
104	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2014-2019?	2014-2019 ..... 1 (PASSEZ À 105) ← 2013 OU AVANT ..... 2 (PASSEZ À 116) ←	2014-2019 ..... 1 (PASSEZ À 105) ← 2013 OU AVANT ..... 2 (PASSEZ À 116) ←	2014-2019 ..... 1 (PASSEZ À 105) ← 2013 OU AVANT ..... 2 (PASSEZ À 116) ←
104A	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2015-2020?	2015-2020 ..... 1 2014 OU AVANT ..... 2 (PASSEZ À 116) ←	2015-2020 ..... 1 2014 OU AVANT ..... 2 (PASSEZ À 116) ←	2015-2020 ..... 1 2014 OU AVANT ..... 2 (PASSEZ À 116) ←
105	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. .... <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"/> ABSENTE ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	KG. .... <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
109	VÉRIFIEZ 103: L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ DURANT LES 5 MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 142) ← PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 142) ← PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 (ALLEZ À 142) ← PLUS ÂGÉ ..... 2
110	NOM DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT	_____ NOM	_____ NOM	_____ NOM



TESTS D'ANÉMIE, DE PALUDISME, DE L'HÉPATITE POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS -14 ANS

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9 .	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 _____
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 2014, 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 APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	ACCORDÉ ..... 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUS ..... 2 ABSENTE/AUTRE ..... 3	ACCORDÉ ..... 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUS ..... 2 ABSENTE/AUTRE ..... 3	ACCORDÉ ..... 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUS ..... 2 ABSENTE/AUTRE ..... 3
113	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE	<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 2014 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 sur 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, SIGNEZ, ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 _____ ← (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE/AUTRE ..... 3	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 _____ ← (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE/AUTRE ..... 3	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 _____ ← (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE/AUTRE ..... 3

**TESTS D'ANEMIE, DE PALUDISME, DE L'HÉPATITE POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS -14 ANS**

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9 .	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 _____
115	VÉRIFIEZ 103: EST-CE QUE L'ENFANT A DÉJÀ EU SA PREMIÈRE ANNIVERSAIRE ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 118) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 118) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 118) ←
116	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE L'HÉPATITE AU PARENT/AUTRE ADULTE	<p>L'hépatite B est un problème de santé sérieux. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'hépatite B. 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 l'hépatite B.</p> <p>Pour le test rapide d'hépatite B, on a besoin de (plus de) gouttes de sang d'un doigt. On utilisera les mêmes tests rapides que ceux utilisés dans les hôpitaux au Mauritanie. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test.</p> <p>Si le test est positif, je vais vous fournir un formulaire de référence pour aller à l'établissement de santé le plus proche pour un suivi auprès des techniciens de santé, comme le recommande le Ministère de la Santé.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?</p> <p>Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test rapide d'hépatite B ?</p>		
117	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ, ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 ← (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE/AUTRE ..... 3	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 ← (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE/AUTRE ..... 3	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 ← (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE/AUTRE ..... 3
118	PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TEST(S) POUR LEQUELS/LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TEST(S).			
118A	VÉRIFIEZ 104 ET 104A: EST-CE QUE LE CODE <2> EST CHOISI ?  C'EST-À-DIRE L'ENFANT A 6 ANS OU PLUS ?	OUI ..... 1 (ALLEZ À 122) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (ALLEZ À 122) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (ALLEZ À 122) ← NON ..... 2
119	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE	G/DL ..... <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"/> ABSENT ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996
120	ENCERCLER LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 121A) ←	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 121A) ←	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 121A) ←

TESTS D'ANEMIE, DE PALUDISME, DE L'HÉPATITE POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS -14 ANS

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9 .	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	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 AUTRE ..... 6	POSITIF FALCIPARUM ..... 1 POSITIF VIVAX ..... 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX ..... 3 NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6	POSITIF FALCIPARUM ..... 1 POSITIF VIVAX ..... 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX ..... 3 NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6
121A	VÉRIFIEZ 103: EST-CE QUE L'ENFANT A DÉJÀ EU SA PREMIÈRE ANNIVERSAIRE ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 124) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 124) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 124) ←
122	ENCERCLER LE CODE DU RÉSULTAT DU TEST DE L'HÉPATITE	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 123A) ←	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 123A) ←	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 3 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 123A) ←
123	INSCRIVEZ LE RÉSULTAT DU TEST DE L'HÉPATITE ICI ET DANS LA BROCHURE	HBsAg RÉACTIF ..... 1 HBsAg NON-RÉACTIF . 2  ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	HBsAg RÉACTIF ..... 1 HBsAg NON-RÉACTIF . 2  ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	HBsAg RÉACTIF ..... 1 HBsAg NON-RÉACTIF . 2  ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996
123A	VÉRIFIEZ 104 ET 104A: EST-CE QUE LE CODE <2> EST CHOISI ?  C'EST-À-DIRE L'ENFANT A 6 ANS OU PLUS ?	OUI ..... 1 (ALLEZ À 139) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (ALLEZ À 139) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (ALLEZ À 139) ← NON ..... 2
124	VÉRIFIEZ 121: LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME	POSITIF FALCIPARUM ..... 1 POSITIF VIVAX ..... 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX ..... 3 (PASSEZ À 127) ← NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6	POSITIF FALCIPARUM ..... 1 POSITIF VIVAX ..... 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX ..... 3 (PASSEZ À 127) ← NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6	POSITIF FALCIPARUM ..... 1 POSITIF VIVAX ..... 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX ..... 3 (PASSEZ À 127) ← NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6
125	VÉRIFIEZ 119: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 138A) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 138A) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 138A) ←
126	<b><u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u></b> ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST D'HÉMOGLOBINE DANS LA BROCHURE	Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené à un établissement de santé immédiatement.  (PASSEZ À 138A)		

**TESTS D'ANEMIE, DE PALUDISME, DE L'HÉPATITE POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS -14 ANS**

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9 .	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 _____
127	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou	OUI NON	OUI NON	OUI NON
	a) Faiblesse extrême?	a) FAIBLESSE EXTRÊME 1 2	a) FAIBLESSE EXTRÊME 1 2	a) FAIBLESSE EXTRÊME 1 2
	b) Problèmes cardiaques?	b) PROBLEMES CARDIAQUES 1 2	b) PROBLEMES CARDIAQUES 1 2	b) PROBLEMES CARDIAQUES 1 2
	c) Perte de conscience?	c) PERTE CONSCIENCE 1 2	c) PERTE CONSCIENCE 1 2	c) PERTE CONSCIENCE 1 2
	d) Respiration rapide ou difficulté de respirer?	d) RESPIRATION RAPIDE 1 2	d) RESPIRATION RAPIDE 1 2	d) RESPIRATION RAPIDE 1 2
	e) Convulsions?	e) CONVULSIONS 1 2	e) CONVULSIONS 1 2	e) CONVULSIONS 1 2
	f) Saignements anormaux?	f) SAIGNEMENTS 1 2	f) SAIGNEMENTS 1 2	f) SAIGNEMENTS 1 2
	g) Jaunisse/peau jaune ?	g) JAUNISSE 1 2	g) JAUNISSE 1 2	g) JAUNISSE 1 2
	h) Urine foncée?	h) URINE FONCÉE 1 2	h) URINE FONCÉE 1 2	h) URINE FONCÉE 1 2
128	VÉRIFIEZ 127: Y A-T-IL UN 'OUI' ENCIRCLÉ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 131) ←	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 131) ←	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 131) ←
129	VÉRIFIEZ 119: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 (PASSEZ À 131) ← 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 (PASSEZ À 131) ← 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 (PASSEZ À 131) ← 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6
130	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la CTA donné par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI ..... 1 (PASSEZ À 132) ← NON ..... 2 (PASSEZ À 133) ←	OUI ..... 1 (PASSEZ À 132) ← NON ..... 2 (PASSEZ À 133) ←	OUI ..... 1 (PASSEZ À 132) ← NON ..... 2 (PASSEZ À 133) ←
131	<b><u>DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.</u></b> ENREGISTRER LE RESULTAT DANS LA BROCHURE	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 à un établissement de santé. (PASSEZ À 137)		
132	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE L'ACT.	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.  (PASSEZ À 138A)		
133	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 [MÉDICAMENT RACCOMENDE]. [MÉDICAMENT RACCOMENDE] 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.		

**TESTS D'ANEMIE, DE PALUDISME, DE L'HÉPATITE POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS -14 ANS**

	<b>ENFANT 4</b>	<b>ENFANT 5</b>	<b>ENFANT 6</b>
VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9 .	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>
	NOM _____	NOM _____	NOM _____

134	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1 _____ (SIGNATURE) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1 _____ (SIGNATURE) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1 _____ (SIGNATURE) ←
		REFUS ..... 2	REFUS ..... 2	REFUS ..... 2
		AUTRE ..... 6	AUTRE ..... 6	AUTRE ..... 6

135	VÉRIFIEZ 134: MÉDICAMENT ACCEPTÉ	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1 REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 138A) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1 REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 138A) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1 REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 138A) ←
-----	-------------------------------------	---	---	---

136	LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.	<div style="border: 2px dashed black; padding: 10px;"> <p align="center"><b>INSTRUCTION POUR LE DOSAGE</b></p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">POIDS (en Kg)/AGE</th> <th colspan="3">TRAITEMENT</th> </tr> <tr> <th>Jour 1</th> <th>Jour 2</th> <th>Jour 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align:center;"><b>4,5 à 8 kg</b>  (6 -11 mois)</td> <td>1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)</td> <td>1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)</td> <td>1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;"><b>9 -17 kg</b> (1-5 ans)</td> <td>Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)</td> <td>Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)</td> <td>Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p align="center">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> <p align="center">(PASSEZ À 138A)</p>	POIDS (en Kg)/AGE	TRAITEMENT			Jour 1	Jour 2	Jour 3	<b>4,5 à 8 kg</b>  (6 -11 mois)	1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)	<b>9 -17 kg</b> (1-5 ans)	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)
POIDS (en Kg)/AGE	TRAITEMENT																
	Jour 1	Jour 2	Jour 3														
<b>4,5 à 8 kg</b>  (6 -11 mois)	1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)	1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Rose)														
<b>9 -17 kg</b> (1-5 ans)	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaquette à Bande Violette)														

TESTS D'ANEMIE, DE PALUDISME, DE L'HÉPATITE POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS -14 ANS

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.9 .	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 _____
137	VÉRIFIEZ 119: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 138A) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 138A) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 138A) ←
138	<b><u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u></b> ENREGISTRER LE RESULTAT DANS LA BROCHURE	Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené à un établissement de santé immédiatement.		
138A	VÉRIFIEZ 103: EST-CE QUE L'ENFANT A DÉJÀ EU SA PREMIÈRE ANNIVERSAIRE ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 142) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 142) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 142) ←
139	VÉRIFIEZ 123: LE RÉSULTAT DU TEST DE L'HÉPATITE	HBsAg RÉACTIF ..... 1 (PASSEZ À 140) ← HBsAg NON-RÉACTIF . 2 (PASSEZ À 141) ← ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996 (PASSEZ À 142) ←	HBsAg RÉACTIF ..... 1 (PASSEZ À 140) ← HBsAg NON-RÉACTIF . 2 (PASSEZ À 141) ← ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996 (PASSEZ À 142) ←	HBsAg RÉACTIF ..... 1 (PASSEZ À 140) ← HBsAg NON-RÉACTIF . 2 (PASSEZ À 141) ← ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996 (PASSEZ À 142) ←
140	INFORMEZ LE PARENT/RESPONSABLE DE L'ENFANT DE SON STATUT HÉPATITE B POSITIF ET FOURNISSEZ LE CONSEIL APRÈS TEST. DANS LE CADRE DE CES CONSEILS APRÈS-TEST, FOURNISSEZ ÉGALEMENT UNE FICHE DE RÉFÉRENCE À UN ETABLISSEMENT DE SANTÉ LE PLUS PROCHE OÙ LES SERVICES DE SOINS ET TRAITEMENT D'HÉPATITE B SONT HABITUELLEMENT EFFECTUÉS.  ALLEZ À 142			
141	INFORMEZ LE PARENT/RESPONSABLE DE L'ENFANT DE SON STATUT NÉGATIF POUR L'HÉPATITE B ET FOURNISSEZ LE CONSEIL APRÈS TEST.			
142	RETOURNEZ À Q.103 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIÈRE COLONNE D'UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 201.			

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 _____
203	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 7 (ÂGE) :	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2 50-59 ANS ..... 3	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2 50-59 ANS ..... 3	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2 50-59 ANS ..... 3
204	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 8 (STATUT MATRIMONIAL) :	CODE 4 (JAMAIS MARIÉE) ..... 1 AUTRE ..... 2	CODE 4 (JAMAIS MARIÉE) ..... 1 AUTRE ..... 2	CODE 4 (JAMAIS MARIÉE) ..... 1 AUTRE ..... 2
205A	VÉRIFIEZ 203 : ÂGE	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2 50-59 ANS ..... 3 (ALLEZ À 212) ←	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2 50-59 ANS ..... 3 (ALLEZ À 212) ←	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2 50-59 ANS ..... 3 (ALLEZ À 212) ←
205	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996
206	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996
207	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
208	VÉRIFIEZ 203 : ÂGE	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2 (ALLEZ À 210) ←	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2 (ALLEZ À 210) ←	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2 (ALLEZ À 210) ←
209	VÉRIFIEZ 204 : STATUT MATRIMONIAL	CODE 4 (JAMAIS MARIÉE) ..... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 216) ←	CODE 4 (JAMAIS MARIÉE) ..... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 216) ←	CODE 4 (JAMAIS MARIÉE) ..... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 216) ←

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE ADULTE POUR LE TEST D'ANÉMIE					
CONSENTEMENT ADULTE	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>		
	211	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	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

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE ADULTE POUR LE TEST DE L'HÉPATITE					
CONSENTEMENT ADULTE	212	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE L'HÉPATITE	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'hépatite B. L'hépatite B est un problème de santé sérieux. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'hépatite B.</p> <p>Si vous voulez savoir si vous avez ou non l'hépatite B maintenant, je peux vous faire un test rapide et vous fournir le résultat du test. Le test est gratuit et nous offrons des conseils avant et après le test.</p> <p>Pour le test rapide d'hépatite B, on a besoin de gouttes de sang d'un doigt. On utilisera les mêmes tests rapides que ceux utilisés dans les hôpitaux au Mauritanie. 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 résultat vous sera communiqué à vous tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Si le test est positif, je vais vous fournir un formulaire de référence pour aller à l'établissement de santé le plus proche pour un suivi auprès des techniciens de santé, comme le recommande le Ministère de la Santé.</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 rapide d'hépatite B ?</p>		
	213	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	ACCORDÉ ..... 1 } ENQUÊTÉE REFUSE ..... 2 } _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No L'AGENT DE [ ][ ][ ][ ] (ALLEZ À 229) ABSENTE/AUTRE ..... 3 } (ALLEZ À 229) ←	ACCORDÉ ..... 1 } ENQUÊTÉE REFUSE ..... 2 } _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No L'AGENT DE [ ][ ][ ][ ] (ALLEZ À 229) ABSENTE/AUTRE ..... 3 } (ALLEZ À 229) ←	ACCORDÉ ..... 1 } ENQUÊTÉE REFUSE ..... 2 } _____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No L'AGENT DE [ ][ ][ ][ ] (ALLEZ À 229) ABSENTE/AUTRE ..... 3 } (ALLEZ À 229) ←

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____
216	NOM DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ADOLESCENTE .	_____ NOM	_____ NOM	_____ NOM

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

P A R E N T	217	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE 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 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>		
	A D U L T E	218	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ ..... 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2	ACCORDÉ ..... 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2
_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 221)  ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 221)				_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 221)  ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 221)	_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 221)  ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 221)

**CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST D'ANÉMIE**

C O N S E N T E M E N T D E	219	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE 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>		
	M I N E U R E	220	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ ..... 2	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ ..... 2
_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 221)  ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 221)				_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 221)  ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 221)	_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 221)  ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 221)
	220A	Êtes-vous enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____

**CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST DE L'HÉPATITE**

P A R E N T  A D U L T E  R E S P .	221	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR LE TEST DE L'HÉPATITE	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'hépatite B. L'hépatite B est un problème de santé sérieux. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'hépatite B.</p> <p>Pour le test rapide d'hépatite B, on a besoin de gouttes de sang d'un doigt. On utilisera les mêmes tests rapides que ceux utilisés dans les hôpitaux au Mauritanie. 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 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>Si le test est positif, je vais vous fournir un formulaire de référence pour aller à l'établissement de santé le plus proche pour un suivi auprès des techniciens de santé, comme le recommande le Ministère de la Santé.</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'hépatite B ?</p>		
	222	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	<p>ACCORDÉ ..... 1</p> <p>PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE</p> <p>A REFUSÉ ..... 2</p> <p>←</p> <p>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No L'AGENT DE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(SI REFUS, ALLEZ À 229)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p> <p>(ALLEZ À 229) ←</p>	<p>ACCORDÉ ..... 1</p> <p>PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE</p> <p>A REFUSÉ ..... 2</p> <p>←</p> <p>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No L'AGENT DE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(SI REFUS, ALLEZ À 229)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p> <p>(ALLEZ À 229) ←</p>	<p>ACCORDÉ ..... 1</p> <p>PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE</p> <p>A REFUSÉ ..... 2</p> <p>←</p> <p>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No L'AGENT DE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(SI REFUS, ALLEZ À 229)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p> <p>(ALLEZ À 229) ←</p>

**CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST DE L'HÉPATITE**

C O N S E N T E M E N T D E  M I N E U R E	223	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST DE L'HÉPATITE	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'hépatite B. L'hépatite B est un problème de santé sérieux. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'hépatite B.</p> <p>Si vous voulez savoir si vous avez ou non l'hépatite B maintenant, je peux vous faire un test rapide et vous fournir le résultat du test. Le test est gratuit et nous offrons des conseils avant et après le test.</p> <p>Pour le test rapide d'hépatite B, on a besoin de gouttes de sang d'un doigt. On utilisera les mêmes tests rapides que ceux utilisés dans les hôpitaux au Mauritanie. 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 résultat vous sera communiqué à vous tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Si le test est positif, je vais vous fournir un formulaire de référence pour aller à l'établissement de santé le plus proche pour un suivi auprès des techniciens de santé, comme le recommande le Ministère de la Santé.</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 rapide d'hépatite B ?</p>		
	224	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	<p>ACCORDÉ ..... 1</p> <p>ENQUÊTÉE MINEURE</p> <p>A REFUSÉ ..... 2</p> <p>←</p> <p>(SIGNATURE)</p> <p>(ALLEZ À 229)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p> <p>(ALLEZ À 229) ←</p>	<p>ACCORDÉ ..... 1</p> <p>ENQUÊTÉE MINEURE</p> <p>A REFUSÉ ..... 2</p> <p>←</p> <p>(SIGNATURE)</p> <p>(ALLEZ À 229)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p> <p>(ALLEZ À 229) ←</p>	<p>ACCORDÉ ..... 1</p> <p>ENQUÊTÉE MINEURE</p> <p>A REFUSÉ ..... 2</p> <p>←</p> <p>(SIGNATURE)</p> <p>(ALLEZ À 229)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p> <p>(ALLEZ À 229) ←</p>

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET DU TEST DE L'HÉPATITE DES FEMMES DE 15-59 ANS

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____
229	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.			
229A	VÉRIFIEZ 203 : ÂGE	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2 50-59 ANS ..... 3 (ALLEZ À 232A) ←	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2 50-59 ANS ..... 3 (ALLEZ À 232A) ←	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2 50-59 ANS ..... 3 (ALLEZ À 232A) ←
231	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE	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
231A	INSCRIVEZ LE RÉSULTAT ICI ET DANS LA BROCHURE	HBsAg RÉACTIF ..... 1 HBsAg NON-RÉACTIF ..... 2 ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	HBsAg RÉACTIF ..... 1 HBsAg NON-RÉACTIF ..... 2 ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	HBsAg RÉACTIF ..... 1 HBsAg NON-RÉACTIF ..... 2 ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996
231B	VÉRIFIEZ 203 : ÂGE	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2 50-59 ANS ..... 3 (ALLEZ À 234A) ←	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2 50-59 ANS ..... 3 (ALLEZ À 234A) ←	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2 50-59 ANS ..... 3 (ALLEZ À 234A) ←
232	VÉRIFIEZ 231: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 234A) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 234A) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (PASSEZ À 234A) ←
234	<b><u>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u></b>  ENREGISTRER LE RESULTAT DANS LA BROCHURE	Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (vous avez/(NOM) a) une anémie sévère. (Vous êtes/(NOM) est) sérieusement malade et (vous devez aller/(NOM) doit être amené) à un établissement de santé immédiatement.		
234A	INSCRIVEZ LE RÉSULTAT ICI ET DANS LA BROCHURE	HBsAg RÉACTIF ..... 1 (PASSEZ À 235) ← HBsAg NON-RÉACTIF ..... 2 (PASSEZ À 236) ← ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996 (PASSEZ À 237) ←	HBsAg RÉACTIF ..... 1 (PASSEZ À 235) ← HBsAg NON-RÉACTIF ..... 2 (PASSEZ À 236) ← ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996 (PASSEZ À 237) ←	HBsAg RÉACTIF ..... 1 (PASSEZ À 235) ← HBsAg NON-RÉACTIF ..... 2 (PASSEZ À 236) ← ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996 (PASSEZ À 237) ←
235	INFORMEZ L'ENQUÊTÉE DE SON STATUT HÉPATITE B POSITIF ET FOURNISSEZ LE CONSEIL APRÈS TEST. DANS LE CADRE DE CES CONSEILS APRÈS-TEST, FOURNISSEZ ÉGALEMENT UNE FICHE DE RÉFÉRENCE À UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ LE PLUS PROCHE OÙ LES SERVICES DE SOINS ET TRAITEMENT D'HÉPATITE B SONT HABITUELLEMENT EFFECTUÉS.  ALLEZ À 237			
236	INFORMEZ L'ENQUÊTÉE DE SON STATUT NÉGATIF POUR L'HÉPATITE B ET FOURNISSEZ LE CONSEIL APRÈS TEST.			
237	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 ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET DU TEST DE L'HÉPATITE DES FEMMES DE 15-59 ANS

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____

TEST DE L'HÉPATITE B DES HOMMES DE 15-59 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.  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 _____
303	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 7 (ÂGE) :	15-17 ANS ..... 1 18-59 ANS ..... 2	15-17 ANS ..... 1 18-59 ANS ..... 2	15-17 ANS ..... 1 18-59 ANS ..... 2
304	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 8 (STATUT MATRIMONIAL) :	CODE 4 (JAMAIS MARIÉ) ..... 1 AUTRE ..... 2	CODE 4 (JAMAIS MARIÉ) ..... 1 AUTRE ..... 2	CODE 4 (JAMAIS MARIÉ) ..... 1 AUTRE ..... 2
307	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
308	VÉRIFIEZ 303 : ÂGE	15-17 ANS ..... 1 18-59 ANS ..... 2 <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 310) ←	15-17 ANS ..... 1 18-59 ANS ..... 2 <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 310) ←	15-17 ANS ..... 1 18-59 ANS ..... 2 <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 310) ←
309	VÉRIFIEZ 304 : STATUT MATRIMONIAL	CODE 4 (JAMAIS MARIÉ) ..... 1 <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 316) ← AUTRE ..... 2	CODE 4 (JAMAIS MARIÉ) ..... 1 <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 316) ← AUTRE ..... 2	CODE 4 (JAMAIS MARIÉ) ..... 1 <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 316) ← AUTRE ..... 2

TEST DE L'HÉPATITE B DES HOMMES DE 15-59 ANS

		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____

**CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ ADULTE POUR LE TEST DE L'HÉPATITE**

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 DE L'HÉPATITE	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'hépatite B. L'hépatite B est un problème de santé sérieux. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'hépatite B.</p> <p>Si vous voulez savoir si vous avez ou non l'hépatite B maintenant, je peux vous faire un test rapide et vous fournir le résultat du test. Le test est gratuit et nous offrons des conseils avant et après le test.</p> <p>Pour le test rapide d'hépatite B, on a besoin de gouttes de sang d'un doigt. On utilisera les mêmes tests rapides que ceux utilisés dans les hôpitaux au Mauritanie. 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 résultat vous sera communiqué à vous tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Si le test est positif, je vais vous fournir un formulaire de référence pour aller à l'établissement de santé le plus proche pour un suivi auprès des techniciens de santé, comme le recommande le Ministère de la Santé.</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 rapide d'hépatite B ?</p>		
	311	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	<p>ACCORDÉ ..... 1 ]</p> <p>ENQUÊTÉ REFUSE ..... 2 ]</p> <p>_____</p> <p>(SIGNATURE)</p> <p>(ALLEZ À 331)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3 ]</p> <p>(ALLEZ À 331) ←</p>	<p>ACCORDÉ ..... 1 ]</p> <p>ENQUÊTÉ REFUSE ..... 2 ]</p> <p>_____</p> <p>(SIGNATURE)</p> <p>(ALLEZ À 331)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3 ]</p> <p>(ALLEZ À 331) ←</p>	<p>ACCORDÉ ..... 1 ]</p> <p>ENQUÊTÉ REFUSE ..... 2 ]</p> <p>_____</p> <p>(SIGNATURE)</p> <p>(ALLEZ À 331)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3 ]</p> <p>(ALLEZ À 331) ←</p>

		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____
316	NOM DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ADOLESCENTE .	_____ NOM	_____ NOM	_____ NOM

**CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST DE L'HÉPATITE**

P A R E N T  A D U L T E  R E S P .	317	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR LE TEST DE L'HÉPATITE</p>	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'hépatite B. L'hépatite B est un problème de santé sérieux. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'hépatite B.</p> <p>Pour le test rapide d'hépatite B, on a besoin de gouttes de sang d'un doigt. On utilisera les mêmes tests rapides que ceux utilisés dans les hôpitaux au Mauritanie. 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 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>Si le test est positif, je vais vous fournir un formulaire de référence pour aller à l'établissement de santé le plus proche pour un suivi auprès des techniciens de santé, comme le recommande le Ministère de la Santé.</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'hépatite B ?</p>		
	318	<p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.</p>	<p>ACCORDÉ ..... 1</p> <p>PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2</p> <p>_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 321)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 321)</p>	<p>ACCORDÉ ..... 1</p> <p>PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2</p> <p>_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 321)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 321)</p>	<p>ACCORDÉ ..... 1</p> <p>PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2</p> <p>_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 321)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3 (ALLEZ À 321)</p>

**CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ MINEUR POUR LE TEST DE L'HÉPATITE**

C O N S E N T E M E N T D E  M I N E U R E	319	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ MINEUR POUR LE TEST DE L'HÉPATITE</p>	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'hépatite B. L'hépatite B est un problème de santé sérieux. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'hépatite B.</p> <p>Si vous voulez savoir si vous avez ou non l'hépatite B maintenant, je peux vous faire un test rapide et vous fournir le résultat du test. Le test est gratuit et nous offrons des conseils avant et après le test.</p> <p>Pour le test rapide d'hépatite B, on a besoin de gouttes de sang d'un doigt. On utilisera les mêmes tests rapides que ceux utilisés dans les hôpitaux au Mauritanie. 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 résultat vous sera communiqué à vous tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Si le test est positif, je vais vous fournir un formulaire de référence pour aller à l'établissement de santé le plus proche pour un suivi auprès des techniciens de santé, comme le recommande le Ministère de la Santé.</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 rapide d'hépatite B ?</p>		
	320	<p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.</p>	<p>ACCORDÉ ..... 1</p> <p>ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ ..... 2</p> <p>_____ (SIGNATURE)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p>	<p>ACCORDÉ ..... 1</p> <p>ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ ..... 2</p> <p>_____ (SIGNATURE)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p>	<p>ACCORDÉ ..... 1</p> <p>ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ ..... 2</p> <p>_____ (SIGNATURE)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3</p>

TEST DE L'HÉPATITE B DES HOMMES DE 15-59 ANS

		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____
331	INSCRIVEZ LE RÉSULTAT ICI ET DANS LA BROCHURE	HBsAg RÉACTIF ..... 1 (PASSEZ À 332) ← HBsAg NON-RÉACTIF ..... 2 (PASSEZ À 333) ← ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996 (PASSEZ À 334) ←	HBsAg RÉACTIF ..... 1 (PASSEZ À 332) ← HBsAg NON-RÉACTIF ..... 2 (PASSEZ À 333) ← ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996 (PASSEZ À 334) ←	HBsAg RÉACTIF ..... 1 (PASSEZ À 332) ← HBsAg NON-RÉACTIF ..... 2 (PASSEZ À 333) ← ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996 (PASSEZ À 334) ←
332	INFORMEZ L'ENQUÊTÉ DE SON STATUT HÉPATITE B POSITIF ET FOURNISSEZ LE CONSEIL APRÈS TEST. DANS LE CADRE DE CES CONSEILS APRÈS-TEST, FOURNISSEZ ÉGALEMENT UNE FICHE DE RÉFÉRENCE À UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ LE PLUS PROCHE OÙ LES SERVICES DE SOINS ET TRAITEMENT D'HÉPATITE B SONT HABITUELLEMENT EFFECTUÉS.  ALLEZ À 334			
333	INFORMEZ L'ENQUÊTÉ DE SON STATUT NÉGATIF POUR L'HÉPATITE B ET FOURNISSEZ LE CONSEIL APRÈS TEST.			
334	RETOURNEZ À 302 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIÈRE COLONNE D'UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE; SI PLUS D'HOMMES, TERMINEZ L'INTERVIEW.			

