

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ
 QUESTIONNAIRE BIOMARQUEUR - MÉNAGES ENFANTS SEULEMENTS

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)														
VÉRIFIEZ - POUR CE QUESTIONNAIRE, IL FAUT QUE LE MÉNAGE NE SOIT PAS SELECTIONNÉ NI POUR L'ENQUÊTE HOMME NI POUR L'HÉPATITE 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><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><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><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>			TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2)	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>	
0	2													
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	FRANÇAIS	**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 DES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.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 L'ANNÉE D'AUJOURD'HUI	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 142) ←	2014-2019 1 (PASSEZ À 105) ← 2013 OU AVANT 2 (PASSEZ À 142) ←	2014-2019 1 (PASSEZ À 105) ← 2013 OU AVANT 2 (PASSEZ À 142) ←
104A	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2015-2020?	2015-2020 1 2014 OU AVANT 2 (PASSEZ À 142) ←	2015-2020 1 2014 OU AVANT 2 (PASSEZ À 142) ←	2015-2020 1 2014 OU AVANT 2 (PASSEZ À 142) ←
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'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS - 5 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"/> 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 ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS - 5 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"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
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).			
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 125) ←	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6 (PASSEZ À 125) ←	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6 (PASSEZ À 125) ←
124	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE	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 142) ←	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 142) ←	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 142) ←
126	<u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u> 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 142)		
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 1 2 EXTRÊME	a) FAIBLESSE 1 2 EXTRÊME	a) FAIBLESSE 1 2 EXTRÊME
	b) Problèmes cardiaques?	b) PROBLEMES 1 2 CARDIAQUES	b) PROBLEMES 1 2 CARDIAQUES	b) PROBLEMES 1 2 CARDIAQUES
	c) Perte de conscience?	c) PERTE 1 2 CONSCIENCE	c) PERTE 1 2 CONSCIENCE	c) PERTE 1 2 CONSCIENCE
	d) Respiration rapide ou difficulté de respirer?	d) RESPIRATION 1 2 RAPIDE	d) RESPIRATION 1 2 RAPIDE	d) RESPIRATION 1 2 RAPIDE
	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

TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS - 5 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"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
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	<u>DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.</u> 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 142)		
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.		
134	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1] _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2] AUTRE 6]	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1] _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2] AUTRE 6]	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1] _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2] AUTRE 6]
135	VÉRIFIEZ 134: MÉDICAMENT ACCEPTÉ	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1] REFUS 2] AUTRE 6] (PASSEZ À 142) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1] REFUS 2] AUTRE 6] (PASSEZ À 142) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1] REFUS 2] AUTRE 6] (PASSEZ À 142) ←

TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS - 5 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 _____

136	LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.	INSTRUCTION POUR LE DOSAGE															
		<table border="1"> <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>4,5 à 8 kg (6 - 11 mois)</td> <td>1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaque à Bande Rose)</td> <td>1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaque à Bande Rose)</td> <td>1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaque à Bande Rose)</td> </tr> <tr> <td>9 -17 kg (1-5 ans)</td> <td>Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaque à Bande Violette)</td> <td>Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaque à Bande Violette)</td> <td>Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaque à Bande Violette)</td> </tr> </tbody> </table>	POIDS (en Kg)/AGE	TRAITEMENT			Jour 1	Jour 2	Jour 3	4,5 à 8 kg (6 - 11 mois)	1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaque à Bande Rose)	1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaque à Bande Rose)	1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaque à Bande Rose)	9 -17 kg (1-5 ans)	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaque à Bande Violette)	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaque à Bande Violette)	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaque à Bande Violette)
POIDS (en Kg)/AGE	TRAITEMENT																
	Jour 1	Jour 2	Jour 3														
4,5 à 8 kg (6 - 11 mois)	1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaque à Bande Rose)	1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaque à Bande Rose)	1 Comprimé de 25 mg d'Artésunate et 67.5 mg d'Amodiaquine (Plaque à Bande Rose)														
9 -17 kg (1-5 ans)	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaque à Bande Violette)	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaque à Bande Violette)	Comprimé de 50 mg d'Artésunate et 135 mg d'Amodiaquine (Plaque à Bande Violette)														
		<p>DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les deux jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p> <p>(PASSEZ À 142)</p>															
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 142) ←	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 142) ←	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 142) ←													
138	<u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u> 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.															
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 DES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.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 L'ANNÉE D'AUJOURD'HUI	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 142) ←	2014-2019 1 (PASSEZ À 105) ← 2013 OU AVANT 2 (PASSEZ À 142) ←	2014-2019 1 (PASSEZ À 105) ← 2013 OU AVANT 2 (PASSEZ À 142) ←
104A	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2015-2020?	2015-2020 1 2014 OU AVANT 2 (PASSEZ À 142) ←	2015-2020 1 2014 OU AVANT 2 (PASSEZ À 142) ←	2015-2020 1 2014 OU AVANT 2 (PASSEZ À 142) ←
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'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS - 5 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 APPOSEZ 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 ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS - 5 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 _____
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).			
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 125) ←	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6 (PASSEZ À 125) ←	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6 (PASSEZ À 125) ←
124	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE	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 142) ←	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 142) ←	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 142) ←
126	<u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u> 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 142)		
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 1 2 EXTRÊME	a) FAIBLESSE 1 2 EXTRÊME	a) FAIBLESSE 1 2 EXTRÊME
	b) Problèmes cardiaques?	b) PROBLEMES 1 2 CARDIAQUES	b) PROBLEMES 1 2 CARDIAQUES	b) PROBLEMES 1 2 CARDIAQUES
	c) Perte de conscience?	c) PERTE 1 2 CONSCIENCE	c) PERTE 1 2 CONSCIENCE	c) PERTE 1 2 CONSCIENCE
	d) Respiration rapide ou difficulté de respirer?	d) RESPIRATION 1 2 RAPIDE	d) RESPIRATION 1 2 RAPIDE	d) RESPIRATION 1 2 RAPIDE
	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

TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS - 5 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 _____
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	<u>DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.</u> 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 142)		
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.		
134	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1] _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2] AUTRE 6]	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1] _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2] AUTRE 6]	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1] _____ (SIGNATURE) ← REFUS 2] AUTRE 6]
135	VÉRIFIEZ 134: MÉDICAMENT ACCEPTÉ	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1] REFUS 2] AUTRE 6] (PASSEZ À 142) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1] REFUS 2] AUTRE 6] (PASSEZ À 142) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ . 1] REFUS 2] AUTRE 6] (PASSEZ À 142) ←

TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 6 MOIS - 5 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"/>	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
	NOM _____	NOM _____	NOM _____

136	<p>LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.</p>	<p>INSTRUCTION POUR LE DOSAGE</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;"> 4,5 à 8 kg (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;"> 9 -17 kg (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>			POIDS (en Kg)/AGE	TRAITEMENT			Jour 1	Jour 2	Jour 3	4,5 à 8 kg (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)	9 -17 kg (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																
4,5 à 8 kg (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)																
9 -17 kg (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)																
		<p>DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les deux jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p> <p>(PASSEZ À 142)</p>																	
137	<p>VÉRIFIEZ 119: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE</p>	<p>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 142) ←</p>	<p>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 142) ←</p>	<p>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 142) ←</p>															
138	<p><u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u> ENREGISTRER LE RESULTAT DANS LA BROCHURE</p>	<p>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.</p>																	
142	<p>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, TERMINEZ L'INTERVIEW.</p>																		

