

**ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ (EDSB-V 2017)  
QUESTIONNAIRE BIOMARQUEUR #1**

RÉPUBLIQUE DU BENIN  
MINISTÈRE DU PLAN ET DU DÉVELOPPEMENT

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE  
ET DE L'ANALYSE ÉCONOMIQUE (INSAE)

**IDENTIFICATION (1)**

NOM DE LA LOCALITÉ _____														
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____														
NUMÉRO DE GRAPPE .....				<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>										
NUMÉRO DU MÉNAGE .....														
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ? (1=OUI, 2=NON) .....				1 <input type="checkbox"/> → CONTINUEZ 2 <input type="checkbox"/> → UTILISEZ LE QUESTIONNAIRE BIOMARQUEUR #2										
VISITES L'AGENT DE TERRAIN														
	1	2	3	VISITE FINALE										
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
NOM DE L'AGENT DE TERRAIN	_____	_____	_____	MOIS										
				ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>	2	0	1							
2	0	1												
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
HEURE	_____	_____												
NOTES: _____ _____ _____ _____				TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td></tr></table>	0	1	LANGUE DE L'INTERVIEW**	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ**	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2)	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>	
0	1													
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<b>FRANÇAIS</b>			**CODES LANGUES :										
		01 FRANÇAIS	03 BARIBA	05 DENDI	07 YORUBA									
		02 ADJA	04 FON	06 DITAMARI	08 AUTRE									
SUPERVISEUR			ÉDITEUR											
_____			_____											
NOM			NOM											
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>								
	NUMÉRO			NUMÉRO										

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE DES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DÉS QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 .  NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (JOUR, MOIS ET ANNÉE ) DU TABLEAU DES NAISSANCES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE DEMANDEZ : Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> 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"/>
104	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2012-2017?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 111) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 111) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 111) ←
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
110	NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE .	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)
111	RETOURNEZ À Q.103 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIÈRE COLONNE DE LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, FIN.			

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE DES ENFANTS DE AGE 0-5 ANS

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIER TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 .  NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (JOUR, MOIS ET ANNÉE ) DU TABLEAU DES NAISSANCES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE DEMANDEZ : Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	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"/>
104	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2012-2017?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 111) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 111) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 111) ←
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 DEBOU' ..... 2	ALLONGÉ ..... 1 DEBOU' ..... 2	ALLONGÉ ..... 1 DEBOU' ..... 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
110	NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE .	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)
111	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, FIN.			

OBSERVATIONS DE L'AGENT DE TERRAIN  
À REMPLIR, UNE FOIS L'ENQUÊTE SUR LES BIOMARQUEURS TERMINÉE

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---

---

OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE

---

---

---

---

---

**ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ (EDSB-V 2017)  
QUESTIONNAIRE BIOMARQUEUR #2**

RÉPUBLIQUE DU BENIN  
MINISTÈRE DU PLAN ET DU DÉVELOPPEMENT

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE  
ET DE L'ANALYSE ÉCONOMIQUE (INSAE)

**IDENTIFICATION (1)**

DÉPARTEMENT _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COMMUNE _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
URBAIN/RURAL _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NUMÉRO DE GRAPPE .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NUMÉRO DU MÉNAGE .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MÉNAGE NON SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ? (1=OUI, 2=NON) .....	1 <input type="checkbox"/>	CONTINUEZ
	2 <input type="checkbox"/>	UTILISEZ LE QUESTIONNAIRE BIOMARQUEUR #1

**VISITES L'AGENT DE TERRAIN**

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR <input type="text"/>
NOM DE L'AGENT DE TERRAIN	_____	_____	_____	MOIS <input type="text"/>
				ANNÉE <input type="text"/>
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="text"/>
HEURE	_____	_____		
NOTES:	_____ _____ _____ _____ _____			TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <input type="text"/>  TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES <input type="text"/>

LANGUE DU QUESTIONNAIRE\*\*   LANGUE DE L'INTERVIEW\*\*   LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ\*\*   TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2)

LANGUE DU QUESTIONNAIRE\*\* **FRANÇAIS**

\*\*CODES LANGUES :

01 FRANÇAIS

03 Bariba

05 Dendi

07 Yoruba

02 Adja

04 Fon

06 Ditamari

08 Autres

**SUPERVISEUR**

**ÉDITEUR**

\_\_\_\_\_  
NOM    
NUMÉRO

\_\_\_\_\_  
NOM   
NUMÉRO

**POIDS, TAILLE, HÉMOGLOBINE, ET PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ANS**

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIEZ NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE.  NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (JOUR, MOIS ET ANNÉE ) DU TABLEAU DES NAISSANCES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE : DEMANDEZ : Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	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"/>
104	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2012-2017?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 137) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 137) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 137) ←
105	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG.... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	KG.... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	KG.... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996
106	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM.... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996 (ALLEZ À 107A) ←	CM.... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996 (ALLEZ À 107A) ←	CM.... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996 (ALLEZ À 107A) ←
107	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2
108	MESUREUR: INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO D'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

**POIDS, TAILLE, HÉMOGLOBINE, ET PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ANS**

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIEZ NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE.  NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____
109	VÉRIFIEZ 103: EST-CE QUE 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 132) ←  PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 } (ALLEZ À 132) ←  PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 } (ALLEZ À 132) ←  PLUS ÂGÉ ..... 2
110	No DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE .	No DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>  (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	No DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>  (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	No DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>  (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)

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

111	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Nous demandons que tous les enfants nés en 2012, ou plus tard, participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?</p>		
112	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ ..... 1 } _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 } ABSENT/AUTRE ..... 3	ACCORDÉ ..... 1 } _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 } ABSENT/AUTRE ..... 3	ACCORDÉ ..... 1 } _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 } ABSENT/AUTRE ..... 3

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

113	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE.	<p>Dans le cadre de cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir le paludisme.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2012 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. Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyées à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme?</p>		
114	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ ..... 1 } _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 } ABSENT/AUTRE ..... 3	ACCORDÉ ..... 1 } _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 } ABSENT/AUTRE ..... 3	ACCORDÉ ..... 1 } _____ (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 } ABSENT/AUTRE ..... 3
115	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.			

POIDS, TAILLE, HÉMOGLOBINE, ET PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIEZ NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE.  NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____
116	PLACEZ LES ÉTIQUETTES CODE BARRE.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">                 COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE.             </div> ABSENTE ..... 99994 A REFUSÉ..... 99995 AUTRE ..... 99996	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">                 LEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE.             </div> ABSENTE ..... 99994 A REFUSÉ..... 99995 AUTRE ..... 99996	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">                 LEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE.             </div> ABSENTE ..... 99994 A REFUSÉ..... 99995 AUTRE ..... 99996
		COLLEZ LA 2ème ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE TDR , LA 3ème SUR LA LAME GOUTTE ÉPAISSE, ET LA 4ème SUR LA FICHE DE TRANSMISSION PALU	COLLEZ LA 2ème ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE TDR , LA 3ème SUR LA LAME GOUTTE ÉPAISSE, ET LA 4ème SUR LA FICHE DE TRANSMISSION PALU	COLLEZ LA 2ème ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE TDR , LA 3ème SUR LA LAME GOUTTE ÉPAISSE, ET LA 4ème SUR LA FICHE DE TRANSMISSION PALU
117	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME.	G/DL .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	G/DL .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	G/DL .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996
118	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ ..... 1 ABSENT..... 2 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 5 (ALLEZ À 120) ←	TESTÉ ..... 1 ABSENT..... 2 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 5 (ALLEZ À 120) ←	TESTÉ ..... 1 ABSENT..... 2 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 5 (ALLEZ À 120) ←
119	ENREGISTREZ LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF FALCIPARUM . 1 POSITIF VIVAX ..... 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX ..... 3 (ALLEZ À 122) ← NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6	POSITIF FALCIPARUM . 1 POSITIF VIVAX ..... 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX ..... 3 (ALLEZ À 122) ← NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6	POSITIF FALCIPARUM . 1 POSITIF VIVAX ..... 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX ..... 3 (ALLEZ À 122) ← NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6
120	VÉRIFIEZ 122: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 132) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 132) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 132) ←



**POIDS, TAILLE, HÉMOGLOBINE, ET PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ANS**

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIEZ NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE.  NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE... [ ][ ]  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE... [ ][ ]  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE... [ ][ ]  NOM _____
121	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.	Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené à un établissement de santé immédiatement.  <b>ALLEZ À 132</b>		
122	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants:  a Faiblesse extrême? b Problèmes cardiaques? c Perte de conscience? d Respiration rapide ou difficulté de respirer? e Convulsions? f Saignements anormaux? g Jaunisse/peau jaune ? h Urine foncée?  SI AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS, ENCERCLEZ CODE Y.	FAIBLESSE EXTRÊME ... A  PROBLÈME CARDIAQU . B  PERTE CONSCIENCE ... C  RESPIRATION RAPIDE ... D  CONVULSIONS ..... E  SAIGNEMENTS ..... F  JAUNISSE ..... G  URINE FONCÉ ..... H  AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS . Y	FAIBLESSE EXTRÊME .. A  PROBLÈME CARDIAQU . B  PERTE CONSCIENCE .. C  RESPIRATION RAPIDE .. D  CONVULSIONS ..... E  SAIGNEMENTS ..... F  JAUNISSE ..... G  URINE FONCÉ ..... H  AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS . Y	FAIBLESSE EXTRÊME .. A  PROBLÈME CARDIAQU . B  PERTE CONSCIENCE .. C  RESPIRATION RAPIDE .. D  CONVULSIONS ..... E  SAIGNEMENTS ..... F  JAUNISSE ..... G  URINE FONCÉ ..... H  AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS . Y
123	VÉRIFIEZ 122: Y A-T-IL UN CODE A-H ENCERCLÉ ?	UN CODE A-H ENCERCL ..... 1 (ALLEZ À 125) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ ..... 2	UN CODE A-H ENCERCL ..... 1 (ALLEZ À 125) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ ..... 2	UN CODE A-H ENCERCL ..... 1 (ALLEZ À 125) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ ..... 2
124	VÉRIFIEZ 117: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DI 1  8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 126) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/D 1  8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 126) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/D 1  8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 126) ←
125	DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.	Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme grave. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené tout de suite à un établissement de santé.  <b>ALLEZ À 131</b>		

**POIDS, TAILLE, HÉMOGLOBINE, ET PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ANS**

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
102	VÉRIFIEZ NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE.  NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____
126	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la CTA donné par un médecin, un centre de santé ou un agent de santé communautaire pour traiter le paludisme ?  VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 128) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 128) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 128) ←
127	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE LA CTA.	Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu de la CTA pour le paludisme. Je ne peux pas vous donner une CTA supplémentaire. Cependant, le test montre qu'il/elle a du paludisme. Si votre enfant a de la fièvre pendant 2 jours après la dernière dose de CTA, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens plus approfondis.  <b>ALLEZ À 132</b>		
128	LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.	Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé CTA. La CTA est très efficace et d'ici quelques jours, il n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de donner le médicament à l'enfant. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plait, si vous acceptez, ou non, le médicament.		
129	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ ..... 1  (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 131) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ ..... 1  (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 131) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ ..... 1  (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 131) ←

**POIDS, TAILLE, HÉMOGLOBINE, ET PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ANS**

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.																		
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3															
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE.  NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE..... <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE..... <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE..... <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>  NOM _____															
130	TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF.	<p><b>INSTRUCTION POUR LE DOSAGE</b></p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">POIDS (en Kg)/ÂGE</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 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 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 téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les deux jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p>			POIDS (en Kg)/ÂGE	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)/ÂGE	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)																
131	ENREGISTREZ LE CODE RÉSULTAT DU TRAITEMENT POUR LE PALUDISME OU DE LA FICHE DE REFERENCE.	MÉDICAMENT DONNÉ ..... 1 MÉDICAMENT REFUSÉ ..... 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE ..... 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA ..... 4 AUTRE ..... 6	MÉDICAMENT DONNÉ ..... 1 MÉDICAMENT REFUSÉ ..... 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE ..... 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA ..... 4 AUTRE ..... 6	MÉDICAMENT DONNÉ ..... 1 MÉDICAMENT REFUSÉ ..... 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE ..... 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA ..... 4 AUTRE ..... 6															
132	RETOURNEZ À Q.103 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIERE COLONNE DE LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 201.																		

POIDS, TAILLE, HÉMOGLOBINE, ET PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIEZ NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE.  NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (JOUR, MOIS ET ANNÉE ) DU TABLEAU DES NAISSANCES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE : DEMANDEZ : Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	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"/>
104	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2012-2017?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 137) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 137) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 137) ←
105	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG.... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	KG.... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	KG.... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996
106	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM.... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996 (ALLEZ À 107A) ←	CM.... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996 (ALLEZ À 107A) ←	CM.... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996 (ALLEZ À 107A) ←
107	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2
108	MESUREUR: INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO D'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

**POIDS, TAILLE, HÉMOGLOBINE, ET PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ANS**

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIER NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE.  NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____
109	VÉRIFIEZ 103: EST-CE QUE 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 132) ← }  PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 } (ALLEZ À 132) ← }  PLUS ÂGÉ ..... 2	0-5 MOIS ..... 1 } (ALLEZ À 132) ← }  PLUS ÂGÉ ..... 2
110	No DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE .	No DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>  (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	No DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>  (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	No DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>  (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)

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

111	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Nous demandons que tous les enfants nés en 2012, ou plus tard, participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?</p>		
112	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ ..... 1 } _____ (SIGNATURE) ← } REFUS ..... 2 } ABSENT/AUTRE ..... 3 }	ACCORDÉ ..... 1 } _____ (SIGNATURE) ← } REFUS ..... 2 } ABSENT/AUTRE ..... 3 }	ACCORDÉ ..... 1 } _____ (SIGNATURE) ← } REFUS ..... 2 } ABSENT/AUTRE ..... 3 }

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

113	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE.	<p>Dans le cadre de cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir le paludisme.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2012 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. Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyées à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme?</p>		
114	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ ..... 1 } _____ (SIGNATURE) ← } REFUS ..... 2 } ABSENT/AUTRE ..... 3 }	ACCORDÉ ..... 1 } _____ (SIGNATURE) ← } REFUS ..... 2 } ABSENT/AUTRE ..... 3 }	ACCORDÉ ..... 1 } _____ (SIGNATURE) ← } REFUS ..... 2 } ABSENT/AUTRE ..... 3 }

**POIDS, TAILLE, HÉMOGLOBINE, ET PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ANS**

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIEZ NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE.  NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____
115	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.			
116	PLACEZ LES ÉTIQUETTES CODE BARRE.	<p align="center">COLLEZ LA 1<sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE.</p> <p>ABSENTE ..... 99994 A REFUSÉ ..... 99995 AUTRE ..... 99996</p> <p>COLLEZ LA 2<sup>ème</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE TDR , LA 3<sup>ème</sup> SUR LA LAME GOUTTE ÉPAISSE, ET LA 4<sup>ème</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION PALU</p>	<p align="center">LEZ LA 1<sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE.</p> <p>ABSENTE ..... 99994 A REFUSÉ ..... 99995 AUTRE ..... 99996</p> <p>COLLEZ LA 2<sup>ème</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE TDR , LA 3<sup>ème</sup> SUR LA LAME GOUTTE ÉPAISSE, ET LA 4<sup>ème</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION PALU</p>	<p align="center">LEZ LA 1<sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE.</p> <p>ABSENTE ..... 99994 A REFUSÉ ..... 99995 AUTRE ..... 99996</p> <p>COLLEZ LA 2<sup>ème</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE TDR , LA 3<sup>ème</sup> SUR LA LAME GOUTTE ÉPAISSE, ET LA 4<sup>ème</sup> SUR LA FICHE DE TRANSMISSION PALU</p>
117	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME.	G/DL .... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>  REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	G/DL .... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>  REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	G/DL .... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>  REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996
118	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 5 (ALLEZ À 120) ←	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 5 (ALLEZ À 120) ←	TESTÉ ..... 1 ABSENT ..... 2 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 5 (ALLEZ À 120) ←
119	ENREGISTREZ LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF FALCIPARUM . 1 POSITIF VIVAX ... 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX 3 (ALLEZ À 122) ← NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6	POSITIF FALCIPARUM . 1 POSITIF VIVAX .. 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX 3 (ALLEZ À 122) ← NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6	POSITIF FALCIPARUM . 1 POSITIF VIVAX .. 2 POSITIF FALCIPARUM ET VIVAX 3 (ALLEZ À 122) ← NÉGATIF ..... 4 AUTRE ..... 6
120	VÉRIFIEZ 122: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 132) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 132) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 132) ←

**POIDS, TAILLE, HÉMOGLOBINE, ET PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ANS**

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIEZ NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE.  NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE... [ ][ ]  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE... [ ][ ]  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE... [ ][ ]  NOM _____
121	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.	Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené à un établissement de santé immédiatement.  <b>ALLEZ À 132</b>		
122	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants:  a Faiblesse extrême? b Problèmes cardiaques? c Perte de conscience? d Respiration rapide ou difficulté de respirer? e Convulsions? f Saignements anormaux? g Jaunisse/peau jaune ? h Urine foncée?  SI AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS, ENCERCLEZ CODE Y.	FAIBLESSE EXTRÊME ... A  PROBLÈME CARDIAQU . B  PERTE CONSCIENCE ... C  RESPIRATION RAPIDE ... D  CONVULSIONS ..... E  SAIGNEMENTS ..... F  JAUNISSE ..... G  URINE FONCÉ ..... H  AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS . Y	FAIBLESSE EXTRÊME .. A  PROBLÈME CARDIAQU . B  PERTE CONSCIENCE .. C  RESPIRATION RAPIDE .. D  CONVULSIONS ..... E  SAIGNEMENTS ..... F  JAUNISSE ..... G  URINE FONCÉ ..... H  AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS . Y	FAIBLESSE EXTRÊME .. A  PROBLÈME CARDIAQU . B  PERTE CONSCIENCE .. C  RESPIRATION RAPIDE .. D  CONVULSIONS ..... E  SAIGNEMENTS ..... F  JAUNISSE ..... G  URINE FONCÉ ..... H  AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS . Y
123	VÉRIFIEZ 122: Y A-T-IL UN CODE A-H ENCERCLÉ ?	UN CODE A-H ENCERCL ..... 1 (ALLEZ À 125) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ ..... 2	UN CODE A-H ENCERCL ..... 1 (ALLEZ À 125) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ ..... 2	UN CODE A-H ENCERCL ..... 1 (ALLEZ À 125) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ ..... 2
124	VÉRIFIEZ 117: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DI 1  8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 126) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/D 1  8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 126) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/D 1  8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 126) ←
125	DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.	Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme grave. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené tout de suite à un établissement de santé.  <b>ALLEZ À 131</b>		

**POIDS, TAILLE, HÉMOGLOBINE, ET PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ANS**

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
102	VÉRIFIEZ NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE.  NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____
126	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la CTA donné par un médecin, un centre de santé ou un agent de santé communautaire pour traiter le paludisme ?  VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 128) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 128) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 128) ←
127	DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE LA CTA.	Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu de la CTA pour le paludisme. Je ne peux pas vous donner une CTA supplémentaire. Cependant, le test montre qu'il/elle a du paludisme. Si votre enfant a de la fièvre pendant 2 jours après la dernière dose de CTA, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens plus approfondis.  <b>ALLEZ À 132</b>		
128	LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.	Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé CTA. La CTA est très efficace et d'ici quelques jours, il n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de donner le médicament à l'enfant. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plait, si vous acceptez, ou non, le médicament.		
129	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	MÉDICAMENT ACCEPTÉ ..... 1  (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 131) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ ..... 1  (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 131) ←	MÉDICAMENT ACCEPTÉ ..... 1  (SIGNATURE) ← REFUS ..... 2 AUTRE ..... 6 (ALLEZ À 131) ←



POIDS, TAILLE, HÉMOGLOBINE, ET PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ANS

101	VÉRIFIEZ COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À Q.102; S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.																		
		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6															
102	VÉRIFIEZ NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 DANS LE TABLEAU MÉNAGE.  NOM DE LA COL. 2	NUMÉRO DE LIGNE..... <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE..... <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE..... <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/>  NOM _____															
130	TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF.	<p><b>INSTRUCTION POUR LE DOSAGE</b></p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">POIDS (en Kg)/ÂGE</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 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 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 téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les deux jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p>			POIDS (en Kg)/ÂGE	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)/ÂGE	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)																
131	ENREGISTREZ LE CODE RÉSULTAT DU TRAITEMENT POUR LE PALUDISME OU DE LA FICHE DE REFERENCE.	MÉDICAMENT DONNÉ ..... 1 MÉDICAMENT REFUSÉ ..... 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE ..... 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA ..... 4 AUTRE ..... 6	MÉDICAMENT DONNÉ ..... 1 MÉDICAMENT REFUSÉ ..... 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE ..... 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA ..... 4 AUTRE ..... 6	MÉDICAMENT DONNÉ ..... 1 MÉDICAMENT REFUSÉ ..... 2 REFERE POUR PALUDISME GRAVE ..... 3 REFERE POUR ENFANT PRENANT DÉJÀ DE LA CTA ..... 4 AUTRE ..... 6															
132	RETOURNEZ À Q.103 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIERE COLONNE DE LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 201.																		

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

201	VÉRIFIER LA COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÂGE ET LE STATUT MATRIMONIAL DE TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES AUX QUESTIONS 202, 203 ET 204. S'IL Y A PLUS DE 3 FEMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
202	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE :  NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 9.  NOM DE LA COLONNE 2.	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____
203	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 7 (ÂGE) :	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2
204	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 8 (STATUT MATRIMONIAL) :	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ..... 1 AUTRE ..... 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ..... 1 AUTRE ..... 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ..... 1 AUTRE ..... 2
205	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. .... <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"/> . ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996	KG. .... <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"/> . ABSENTE ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	CM. .... <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"/> . 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 EN UNION) ..... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 212) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ..... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 212) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ..... 1 AUTRE ..... 2 (ALLEZ À 212) ←

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

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
NOM DE LA COLONNE 2.		NOM _____	NOM _____	NOM _____
<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE ADULTE POUR LE TEST D'ANÉMIE</b>				
<b>C O N S E N T E M E N T  A D U L T E</b>	210	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE.</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de 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 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	<p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.</p> <p>ACCORDÉ ..... 1 } ENQUÊTÉE REFUSE ..... 2 } ←</p> <p>_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 217)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3 } (ALLEZ À 217) ←</p>	<p>ACCORDÉ ..... 1 } ENQUÊTÉE REFUSE ..... 2 } ←</p> <p>_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 217)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3 } (ALLEZ À 217) ←</p>	<p>ACCORDÉ ..... 1 } ENQUÊTÉE REFUSE ..... 2 } ←</p> <p>_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 217)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3 } (ALLEZ À 217) ←</p>
	211A	<p>VÉRIFIEZ 226 DANS QUESTIONNAIRE FEMME OU DEMANDEZ : Êtes-vous enceinte ?</p> <p>OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8</p> <p>OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8</p> <p>OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8</p>		

<b>CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE</b>				
<b>P A R E N T  A D U L T E  R E S P .</b>	212	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE.</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM DU MINEUR} tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.</p>		
	213	<p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.</p> <p>ACCORDÉ ..... 1 } PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2 } ←</p> <p>_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 217)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3 } (ALLEZ À 217) ←</p>	<p>ACCORDÉ ..... 1 } PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2 } ←</p> <p>_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 217)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3 } (ALLEZ À 217) ←</p>	<p>ACCORDÉ ..... 1 } PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ ..... 2 } ←</p> <p>_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 217)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3 } (ALLEZ À 217) ←</p>

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

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____
C O N S E N T E M E N T D E  M I N E U R E	214	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST D'ANÉMIE.</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE ) tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.</p>		
	215	<p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.</p> <p>ACCORDÉ ..... 1 } ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ ..... 2 } ←</p> <p>_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 217)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3 } (ALLEZ À 217) ←</p>	<p>ACCORDÉ ..... 1 } ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ ..... 2 } ←</p> <p>_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 217)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3 } (ALLEZ À 217) ←</p>	<p>ACCORDÉ ..... 1 } ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ ..... 2 } ←</p> <p>_____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 217)</p> <p>ABSENTE/AUTRE ..... 3 } (ALLEZ À 217) ←</p>
	215A	<p>VÉRIFIEZ 226 DANS QUESTIONNAIRE FEMME OU DEMANDEZ : #N/A</p> <p>OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8</p>
	216	<p>INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE .</p> <p>G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/></p> <p>ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996</p>	<p>G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/></p> <p>ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996</p>	<p>G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/></p> <p>ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996</p>
	217	<p>RETOURNEZ À 202 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIÈRE COLONNE D'UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE; SI PLUS DE FEMMES, FIN ENQUÊTE.</p>		

