

ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU PALUDISME
 EIP[CODE DE PAYS][ANNÉE]
 QUESTIONNAIRE STANDARD BIOMARQUEUR

[NOM DU PAYS]
 [ADJOUTER NOM DE L'INSTITUTION]

IDENTIFICATION (1)																			
NOM DE LA LOCALITÉ _____																			
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																			
NUMÉRO DE GRAPPE				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>															
NUMÉRO DU MÉNAGE				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>															
VISITES L'AGENT DE TERRAIN																			
	1	2	3	VISITE FINALE															
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"></table>															
NOM DE L'AGENT DE TERRAIN	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"></table>															
	_____	_____	_____	ANNÉE <table border="1" style="width: 60px; height: 20px; float: right;"></table>															
PROCHAINE DATE VISITE HEURE	_____ _____	_____ _____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"></table>															
NOTES: _____ _____ _____ _____ _____				TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES <table border="1" style="width: 60px; height: 20px; float: right;"></table>															
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td>0</td><td>1</td></tr></table>	0	1	LANGUE DE L'INTERVIEW**	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTE**	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2)	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td></tr></table>						
0	1																		
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	FRANÇAIS		**CODES LANGUES :		01 FRANÇAIS		03 AUTRE _____ (PRÉCISEZ)												
CHEF D'EQUIPE		CONTRÔLEUSE		CONTRÔLE BUREAU		SAISI PAR													
NOM	<table border="1" style="width: 60px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					NOM	<table border="1" style="width: 60px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					NUMERO	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			NUMERO	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		

TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES 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 3 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 : 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 (2)	VÉRIFIEZ 103: ENFANT NÉ EN 2011-2016?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 130) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 130) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 130) ←
105	VÉRIFIEZ 103: EST-CE QUE L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ AU COURS DU MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS	0-5 MOIS 1 (PASSEZ À 130) ← PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (PASSEZ À 130) ← PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (PASSEZ À 130) ← PLUS ÂGÉ 2
106	No DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE)	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)
107 (2)	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 2011, 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>		
108	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

TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 0-5 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 _____

109 (2)	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE	<p>Dans 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 2011 ou plus tard participent au test de paludisme 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. (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. Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyés à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme ?</p>		
------------	---	--	--	--

110	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ, ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN	ACCORDÉ 1 REFUS 2 ←	ACCORDÉ 1 REFUS 2 ←	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"/>	(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		ABSENTE/AUTRE 3	ABSENTE/AUTRE 3	ABSENTE/AUTRE 3

111	PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TEST(S) POUR LEQUELS/LÉSQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TEST(S).		
-----	---	--	--

TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 0-5 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 _____
112 (3)	ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DE PALUDISME.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;"> COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE </div> ABSENTE ... 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2 ^e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME CORRESPONDANTE ET LA 3 ^e ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;"> COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE </div> ABSENTE ... 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2 ^e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME CORRESPONDANTE ET LA 3 ^e ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;"> COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE </div> ABSENTE ... 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2 ^e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME CORRESPONDANTE ET LA 3 ^e ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE
113	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME.	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
114	ENCERCLER LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6 (PASSEZ À 116) ←	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6 (PASSEZ À 116) ←	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6 (PASSEZ À 116) ←

TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 0-5 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 _____
115	ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF 1 (PASSEZ À 118) ← NÉGATIF 2 AUTRE 6	POSITIF 1 NÉGATIF 2 AUTRE 6 (PASSEZ À 116) ←	POSITIF 1 NÉGATIF 2 AUTRE 6 (PASSEZ À 116) ←
116	VÉRIFIEZ 113: 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 130) ←	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 130) ←	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 130) ←
117	<u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u> ENREGISTRER LE RESULTAT DU TEST D'HÉMOGLOBINE DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE	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 130)		
118 (4)	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou	OUI NON	OUI NON	OUI NON
	a) Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême? b) Problèmes cardiaques c) Perte de conscience? d) Insuffisance respiratoire sévère? e) Convulsions? f) Saignements anormaux? g) Ictère/jaunisse (avec coloration des yeux)? h) Urine noire ou brune?	a) PROSTRATION 1 2 b) PROBELMES 1 2 CARDIAQUES c) PERTE 1 2 CONSCIENCE d) INSUFFISANCE 1 2 RESPIRATOIRI 1 2 e) CONVULSIONS 1 2 f) SAIGNEMENTS 1 2 g) ICTÈRE/ JAUNISSE 1 2 h) URINE NOIRE/BR 1 2	a) PROSTRATION 1 2 b) PROBELMES 1 2 CARDIAQUES c) PERTE 1 2 CONSCIENCE d) INSUFFISANCE 1 2 RESPIRATOIRI 1 2 e) CONVULSIONS 1 2 f) SAIGNEMENTS 1 2 g) ICTÈRE/ JAUNISSE 1 2 h) URINE NOIRE/BR 1 2	a) PROSTRATION 1 2 b) PROBELMES 1 2 CARDIAQUES c) PERTE 1 2 CONSCIENCE d) INSUFFISANCE 1 2 RESPIRATOIRI 1 2 e) CONVULSIONS 1 2 f) SAIGNEMENTS 1 2 g) ICTÈRE/ JAUNISSE 1 2 h) URINE NOIRE/BR 1 2
119	VÉRIFIEZ 118: Y A-T-IL UN 'OUI' ENCIRCLÉ?	NON OUI <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 122) ←	NON OUI <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 122) ←	NON OUI <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 122) ←
120	VÉRIFIEZ 113: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE ... 1 (PASSEZ À 122) ← 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 122) ← 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 122) ← 8.0 G/DL OU PLUS ... 2 ABSENT 3 REFUS 4 AUTRE 6
121 (5)	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il de la ACT donné par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.	OUI 1 (PASSEZ À 123) ← NON 2 (PASSEZ À 124) ←	OUI 1 (PASSEZ À 123) ← NON 2 (PASSEZ À 124) ←	OUI 1 (PASSEZ À 123) ← NON 2 (PASSEZ À 124) ←

TESTS D'ANEMIE ET DE PALUDISME POUR LES ENFANTS DE 0-5 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 _____

122	<u>DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.</u> ENREGISTRER LE RESULTAT DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	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 128)		
123 (5)	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 l'ACT pour le paludisme. Je ne peux pas vous donner une ACT 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 ACT, vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens plus approfondis. (PASSEZ À 130)		
124 (2)	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.		
125	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
126	VÉRIFIEZ 125: MÉDICAMENT ACCEPTÉ	MÉDICAMENT ACCEPTÉ. 1 REFUS 2 AUTRE 6 ← (PASSEZ À 130)	MÉDICAMENT ACCEPTÉ. 1 REFUS 2 AUTRE 6 ← (PASSEZ À 130)	MÉDICAMENT ACCEPTÉ. 1 REFUS 2 AUTRE 6 ← (PASSEZ À 130)
127 (5)	LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.	[INSÉRER LES INSTRUCTIONS DE DOSAGE] DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou têter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les deux jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité. (PASSEZ À 130)		
128	VÉRIFIEZ 113: 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 130)	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 130)	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 130)
129	<u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u> ENREGISTRER LE RESULTAT DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	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.		
130	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, TERMINEZ L'INTERVIEW.			

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
