

**ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ CONTINUE (EDS-CONTINUE 2017)
QUESTIONNAIRE BIOMARQUEUR**

République du Sénégal
Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan
Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

IDENTIFICATION															
NOM DE LA LOCALITÉ _____															
NOM ET NUMÉRO DU CHEF DE MÉNAGE _____															
NUMÉRO DE CONCESSION															
NUMÉRO DE GRAPPE															
RÉGION															
DEPARTEMENT															
DISTRICT SANITAIRE															
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)															
DAKAR/CAPITALE RÉGIONALE/AUTRE VILLE/RURAL (DAKAR=1, CAPITALE RÉGIONALE=2, AUTRE VILLE=3, RURAL=4)															
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ? (1=OUI, 2=NON)															
VISITES L'AGENT DE TERRAIN															
	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 DE L'AGENT DE TERRAIN	_____	_____	_____	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><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>1</td></tr></table>	0	1	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><td> </td></tr></table>		
0	1														
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	FRANÇAIS	**CODES LANGUES :													
		01 FRANÇAIS	03 POULAR	05 MANDINGUE	07 AUTRES										
		02 WOLOF	04 SERER	06 DIOLA											
CHEF D'ÉQUIPE															
_____		<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					_____								
NOM		NUMÉRO		DATE											

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET DU PALUDISME 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	VÉRIFIEZ 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 114) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 114) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 114) ←
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

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET DU PALUDISME 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	VÉRIFIEZ 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
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 114) ← PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 } (ALLEZ À 114) ← PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 } (ALLEZ À 114) ← PLUS ÂGÉ 2
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	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 } ABSENTE/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 } _____ ← (SIGNATURE) REFUS 2 } ABSENTE/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 } _____ ← (SIGNATURE) REFUS 2 } ABSENTE/AUTRE 3
112A	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE PALUDISME AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 209 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<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 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. 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).</p> <p>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 testés. 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>		
112B	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	ACCORDÉE 1 } _____ ← (SIGNATURE) REFUSÉ 2 } ABSENT 5 } AUTRE 6	ACCORDÉE 1 } _____ ← (SIGNATURE) REFUSÉ 2 } ABSENT 5 } AUTRE 6	ACCORDÉE 1 } _____ ← (SIGNATURE) REFUSÉ 2 } ABSENT 5 } AUTRE 6

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET DU PALUDISME 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
112C	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).			
112D	ÉTIQUETTE CODE BARRE POUR LE TEST DE PALUDISME.	COLLEZ LA 1 ^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI ABSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2 ^{eme} ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3 ^{eme} SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	COLLEZ LA 1 ^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI ABSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2 ^{eme} ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3 ^{eme} SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	COLLEZ LA 1 ^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI ABSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2 ^{eme} ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3 ^{eme} SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.
113	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> REFUS995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> REFUS995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> REFUS995 AUTRE996
113A	ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6 (PASSEZ À 113C) ←	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6 (PASSEZ À 113C) ←	TESTÉ 1 ABSENT 2 REFUS 3 AUTRE 6 (PASSEZ À 113C) ←
113B	ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	POSITIF FALCIPARUM 1 POSITIF ESPECES (OMV) 2 POSITIF P (F et OMV) 3 (PASSEZ À 113E) ← NÉGATIF 4 AUTRE 6	POSITIF FALCIPARUM 1 POSITIF ESPECES (OMV) 2 POSITIF P (F et OMV) 3 (PASSEZ À 113E) ← NÉGATIF 4 AUTRE 6	POSITIF FALCIPARUM 1 POSITIF ESPECES (OMV) 2 POSITIF P (F et OMV) 3 (PASSEZ À 113E) ← NÉGATIF 4 AUTRE 6
113C	VÉRIFIEZ 216: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE . 1 8.0 G/DL OU PLUS . 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 114) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE . 1 8.0 G/DL OU PLUS . . 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 114) ←	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL ANÉMIE SÉVÈRE . 1 8.0 G/DL OU PLUS . . 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 114) ←
113D	DÉCLARATION DE REFERENCE <u>POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u>	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 114		
113E	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants:			
	a) Faiblesse extrême?	FAIBLESSE EXTRÊME . . 1 2	FAIBLESSE EXTRÊME . . 1 2	FAIBLESSE EXTRÊME . . 1 2
	b) Problèmes cardiaques?	PROBLÈME CARDIAQUE . . 1 2	PROBLÈME CARDIAQUE . . 1 2	PROBLÈME CARDIAQUE . . 1 2
	c) Perte de conscience?	PERTE CONSCIENCE . . 1 2	PERTE CONSCIENCE . . 1 2	PERTE CONSCIENCE . . 1 2
	d) Respiration rapide ou difficulté de respirer	RESPIRATION RAPIDE . . 1 2	RESPIRATION RAPIDE . . 1 2	RESPIRATION RAPIDE . . 1 2
	e) Convulsions?	CONVULSIONS . . 1 2	CONVULSIONS . . 1 2	CONVULSIONS . . 1 2
	f) Saignements anormaux?	SAIGNEMENTS . . 1 2	SAIGNEMENTS . . 1 2	SAIGNEMENTS . . 1 2
	g) Jaunisse/peau jaune ?	JAUNISSE . . . 1 2	JAUNISSE . . . 1 2	JAUNISSE . . . 1 2
	h) Urine foncée?	URINE FONCÉE . . 1 2	URINE FONCÉE . . 1 2	URINE FONCÉE . . 1 2

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE, DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET DU PALUDISME 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 _____
113F	VÉRIFIEZ 221: Y A-T-IL UN CODE A-H ENCERCLÉ ?	UN CODE A-H ENCERCLÉ 1 (PASSEZ À 113H) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ 2	UN CODE A-H ENCERCLÉ 1 (PASSEZ À 113H) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ 2	UN CODE A-H ENCERCLÉ 1 (PASSEZ À 113H) ← SEUL CODE Y ENCERCLÉ 2
113G	VÉRIFIEZ 216: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DL 1 6.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 113I) ←	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DI 1 6.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 113I) ←	EN-DESSOUS DE 6.0 G/DI 1 6.0 G/DL OU PLUS 2 ABSENT 4 REFUS 5 AUTRE 6 (PASSEZ À 113I) ←
113H	<u>DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.</u>	Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme 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 113N		
113I	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 NON 2 (PASSEZ À 113K) ← 1 2 (PASSEZ À 113K) ← 1 2 (PASSEZ À 113K) ←
113J	<u>DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT DE LA CTA.</u>	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 113N		

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DU VIH 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 (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) ←
204	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 8 (STATUT MATRIMONIAL) :	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 (ALLEZ À 216) ← AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 (ALLEZ À 216) ← AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 (ALLEZ À 216) ← AUTRE 2

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DU VIH DES FEMMES DE 15-49 ANS

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
NOM DE LA COLONNE 2.		NOM _____	NOM _____	NOM _____
CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTEE ADULTE POUR LE TEST D'ANÉMIE				
C O N S E N T E M E N T A D U L T E	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 besoins de quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Voulez-vous participer au test d'anémie ?</p>		
	211	<p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.</p> <p>ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE REFUSE 2</p> <p>_____ ←</p> <p>(SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 212)</p> <p>ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 212) ←</p>	<p>ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE REFUSE 2</p> <p>_____ ←</p> <p>(SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 212)</p> <p>ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 212) ←</p>	<p>ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE REFUSE 2</p> <p>_____ ←</p> <p>(SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 212)</p> <p>ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 212) ←</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>
CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE ADULTE POUR LA COLLECTE DE SANG SUR PAPIER BUVARD (PB)				
C O N S E N T E M E N T A D U L T E	212	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE DE PB.</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons aussi à des gens dans tout le pays de donner du sang pour le test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus 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. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrons donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat. Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH, je peux vous fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai aussi un coupon pour bénéficier, vous (et votre partenaire si vous le souhaitez), de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Voulez-vous donner du sang pour le test du VIH ?</p>		
	213	<p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.</p> <p>ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE REFUSE 2</p> <p>_____ ←</p> <p>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No L'AGENT DE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(SI REFUS, ALLEZ À 229)</p> <p>ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 229) ←</p>	<p>ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE REFUSE 2</p> <p>_____ ←</p> <p>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No L'AGENT DE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(SI REFUS, ALLEZ À 229)</p> <p>ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 229) ←</p>	<p>ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉE REFUSE 2</p> <p>_____ ←</p> <p>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No L'AGENT DE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(SI REFUS, ALLEZ À 229)</p> <p>ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 229) ←</p>

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DU VIH DES FEMMES DE 15-49 ANS

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

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE ADULTE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES

C O N S E N T E M E N T A D U L T E	214	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR DES TESTS SUPPLÉMENT- AIRES.	<p>Nous vous demandons d'autoriser le laboratoire de référence à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre de vous identifier. Vous n'êtes pas obligée d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, vous pouvez quand même participer au test du VIH dans le cadre de cette enquête.</p> <p>Est-ce-que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des recherches ou tests supplémentaires ?</p>		
	215	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1] ENQUÊTÉE REFUSE 2] _____ (SIGNEZ ET ALLEZ À 229)	ACCORDÉ 1] ENQUÊTÉE REFUSE 2] _____ (SIGNEZ ET ALLEZ À 229)	ACCORDÉ 1] ENQUÊTÉE REFUSE 2] _____ (SIGNEZ ET ALLEZ À 229)

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DU VIH DES FEMMES DE 15-49 ANS

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3	
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____	
216	INSCRIVEZ LE No DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ADOLESCENTE .	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	
CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT POUR LE TEST D'ANÉMIE					
P A R E N T A D U L T E R E S P .	217	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR LE TEST D'ANÉMIE.</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM DE LA MINEURE) tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE LA MINEURE) à participer au test d'anémie ?</p>			
	218	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 221) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 221)	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 221) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 221)	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 221) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 221)
CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST D'ANÉMIE					
C O N S E N T E M E N T D E M I N E U R E	219	<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. Voulez-vous participer au test d'anémie ?</p>			
	220	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 221) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 221)	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 221) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 221)	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 221) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 221)
	220A	VÉRIFIEZ 226 DANS QUESTIONNAIRE FEMME OU DEMANDEZ : Êtes-vous enceinte ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DU VIH DES FEMMES DE 15-49 ANS

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

CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT POUR LA COLLECTE DE PB

P A R E N T A D U L T E R E S P .	221	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR LA COLLECTE DE PB.	<p>Dans cette enquête, nous demandons aussi à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le virus.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus 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. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrons donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat du test de (NOM DE LA PERSONNE MINEURE). Si (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) veut savoir si elle a, ou non, le VIH, je peux vous fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai également un coupon pour pouvoir bénéficier de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) à donner du sang pour le test du VIH ?</p>		
	222	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	<p>ACCORDÉ 1</p> <p>PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE</p> <p>A REFUSÉ 2</p> <p>_____</p> <p>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No L'AGENT DE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(SI REFUS, ALLEZ À 229)</p> <p>ABSENTE/AUTRE 3</p> <p>(ALLEZ À 229) ←</p>	<p>ACCORDÉ 1</p> <p>PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE</p> <p>A REFUSÉ 2</p> <p>_____</p> <p>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No L'AGENT DE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(SI REFUS, ALLEZ À 229)</p> <p>ABSENTE/AUTRE 3</p> <p>(ALLEZ À 229) ←</p>	<p>ACCORDÉ 1</p> <p>PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE</p> <p>A REFUSÉ 2</p> <p>_____</p> <p>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No L'AGENT DE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(SI REFUS, ALLEZ À 229)</p> <p>ABSENTE/AUTRE 3</p> <p>(ALLEZ À 229) ←</p>

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LA COLLECTE DE PB

C O N S E N T E M E N T D E M I N E U R E	223	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LA COLLECTE DE PB.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de donner du sang pour le test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus 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. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrons donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat. Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH, je peux vous fournir la liste des centres (les plus proches) qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai également un coupon pour bénéficier, vous (et votre partenaire si vous le souhaitez), de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Voulez-vous donner du sang pour le test du VIH ?</p>		
	224	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	<p>ACCORDÉ 1</p> <p>ENQUÊTÉE MINEURE</p> <p>A REFUSÉ 2</p> <p>_____</p> <p>(SIGNATURE)</p> <p>(SI REFUS, ALLEZ À 229)</p> <p>ABSENTE/AUTRE 3</p> <p>(ALLEZ À 229) ←</p>	<p>ACCORDÉ 1</p> <p>ENQUÊTÉE MINEURE</p> <p>A REFUSÉ 2</p> <p>_____</p> <p>(SIGNATURE)</p> <p>(SI REFUS, ALLEZ À 229)</p> <p>ABSENTE/AUTRE 3</p> <p>(ALLEZ À 229) ←</p>	<p>ACCORDÉ 1</p> <p>ENQUÊTÉE MINEURE</p> <p>A REFUSÉ 2</p> <p>_____</p> <p>(SIGNATURE)</p> <p>(SI REFUS, ALLEZ À 229)</p> <p>ABSENTE/AUTRE 3</p> <p>(ALLEZ À 229) ←</p>

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DU VIH DES FEMMES DE 15-49 ANS

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

CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES

P A R E N T	225	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES.	<p>Nous vous demandons d'autoriser le laboratoire de référence à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre d'identifier (NOM DE LA PERSONNE MINEURE). Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) peut quand même participer au test du VIH de cette enquête.</p> <p>Est-ce-que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des tests supplémentaires ?</p>		
	A D U L T E	226	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	<p>ACCORDÉ 1</p> <p>PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE</p> <p>A REFUSÉ 2</p> <p>_____</p> <p>(SIGNATURE)</p> <p>(SI REFUS, ALLEZ À 229)</p>	<p>ACCORDÉ 1</p> <p>PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE</p> <p>A REFUSÉ 2</p> <p>_____</p> <p>(SIGNATURE)</p> <p>(SI REFUS, ALLEZ À 229)</p>
R E S P .					

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES

C O N S E N T E M E N T D E	227	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES.	<p>Nous vous demandons d'autoriser le laboratoire de référence à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre de vous identifier. Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, vous pouvez quand même participer au test du VIH dans le cadre de cette enquête.</p> <p>Est-ce-que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des tests supplémentaires ?</p>		
	M I N E U R E	228	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	<p>ACCORDÉ 1</p> <p>ENQUÊTÉE MINEURE</p> <p>A REFUSÉ 2</p> <p>_____</p> <p>(SIGNATURE)</p>	<p>ACCORDÉ 1</p> <p>ENQUÊTÉE MINEURE</p> <p>A REFUSÉ 2</p> <p>_____</p> <p>(SIGNATURE)</p>

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DU VIH DES FEMMES DE 15-49 ANS

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____
229	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.			
230	TESTS SUPPLÉMENTAIRES.	SI ENQUÊTÉE ADULTE, VÉRIFIEZ 215; SI ENQUÊTÉE MINEURE, VÉRIFIEZ 226 ET 228. SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE	SI ENQUÊTÉE ADULTE, VÉRIFIEZ 215; SI ENQUÊTÉE MINEURE, VÉRIFIEZ 226 ET 228. SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE	SI ENQUÊTÉE ADULTE, VÉRIFIEZ 215; SI ENQUÊTÉE MINEURE, VÉRIFIEZ 226 ET 228. SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE
231	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE .	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996
232	PLACEZ ÉTIQUETTE CODE BARRE.	COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE. ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE. ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE. ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.
233	RETOURNEZ À 202 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIÈRE COLONNE D'UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE; SI PLUS DE FEMMES, ALLEZ À 301.			

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DU VIH DES HOMMES DE 15-59 ANS

301	VÉRIFIER LA COLONNE 10 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÂGE ET LE STATUT MATRIMONIAL DE TOUS LES HOMMES ÉLIGIBLES AUX QUESTIONS 302, 303 ET 304. S'IL Y A PLUS DE 3 HOMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.			
		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
302	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE : NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 10. NOM DE LA COLONNE 2.	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
303	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 7 (ÂGE) :	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2] (ALLEZ À 310) ←]	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2] (ALLEZ À 310) ←]	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2] (ALLEZ À 310) ←]
304	VÉRIFIEZ LE TABLEAU MÉNAGE COLONNE 8 (STATUT MATRIMONIAL) :	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1] (ALLEZ À 316) ←] AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1] (ALLEZ À 316) ←] AUTRE 2	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1] (ALLEZ À 316) ←] AUTRE 2

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DU VIH DES HOMMES DE 15-59 ANS

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

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTE ADULTE POUR LE TEST D'ANÉMIE

C O N S E N T E M E N T	310	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoins de quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Voulez-vous participer au test d'anémie ?</p>		
	A D U L T E	311	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	<p>ACCORDÉ 1</p> <p>ENQUÊTÉ REFUSE 2</p> <p>←</p> <p>_____ (SIGNATURE)</p> <p>ABSENTE/AUTRE 3</p>	<p>ACCORDÉ 1</p> <p>ENQUÊTÉ REFUSE 2</p> <p>←</p> <p>_____ (SIGNATURE)</p> <p>ABSENTE/AUTRE 3</p>

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTE ADULTE POUR LA COLLECTE DE PAPIER BUVARD (PB)

C O N S E N T E M E N T	312	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE DE PB.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de donner du sang pour le test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus 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. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrons donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat. Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH, je peux vous fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai également un coupon pour bénéficier vous (et votre partenaire si vous le souhaitez) de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Voulez-vous donner du sang pour le test du VIH ?</p>		
	A D U L T E	313	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	<p>ACCORDÉ 1</p> <p>ENQUÊTÉ REFUSE 2</p> <p>←</p> <p>_____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No L'AGENT DE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(SI REFUS, ALLEZ À 329)</p> <p>ABSENTE/AUTRE 3</p> <p>(ALLEZ À 329) ←</p>	<p>ACCORDÉ 1</p> <p>ENQUÊTÉE REFUSE 2</p> <p>←</p> <p>_____ (SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No L'AGENT DE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(SI REFUS, ALLEZ À 329)</p> <p>ABSENTE/AUTRE 3</p> <p>(ALLEZ À 329) ←</p>

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DU VIH DES HOMMES DE 15-59 ANS

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

CONSETEMENT DE L'ENQUÊTE ADULTE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES

C O N S E T E M E N T A D U L T E	314	DEMANDEZ LE CONSETEMENT POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES .	<p>Nous vous demandons d'autoriser le laboratoire de référence à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels test pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre de vous identifier. Vous n'êtes pas obligée d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, vous pouvez quand même participer au test du VIH dans le cadre de cette enquête.</p> <p>Est-ce que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des tests supplémentaires ?</p>		
	315	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ REFUSE 2 _____ (SIGNEZ ET ALLEZ A 329)	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ REFUSE 2 _____ (SIGNEZ ET ALLEZ A 329)	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ REFUSE 2 _____ (SIGNEZ ET ALLEZ A 329)

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DU VIH DES HOMMES DE 15-59 ANS

		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____
316	INSCRIVEZ LE No DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ADOLESCENTE.	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)	No DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ)

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

P A R E N T A D U L T E R E S P .	317	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM 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. Autorisez-vous (NOM DU MINEUR) à participer au test d'anémie ?</p>		
	318	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 321) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 321)	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 321) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 321)	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 321) ABSENTE/AUTRE 3 (ALLEZ À 321)

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ MINEURE POUR LE TEST D'ANÉMIE

C O N S E N T E M E N T D E M I N E U R E	319	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST D'ANÉMIE.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE) tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Voulez-vous participer au test d'anémie ?</p>		
	320	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) ABSENTE/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) ABSENTE/AUTRE 3	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) ABSENTE/AUTRE 3

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DU VIH DES HOMMES DE 15-59 ANS

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

CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT POUR LA COLLECTE DE PB

P A R E N T A D U L T E R E S P .	321	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR LA COLLECTE DE PB.	<p>Dans cette enquête, nous demandons aussi à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le virus.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus 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. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrons donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat du test de (NOM DE LA PERSONNE MINEURE). Si (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) veut savoir s' il a , ou non, le VIH, je peux vous fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai également un coupon pour pouvoir bénéficier de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) à donner du sang pour le test du VIH ?</p>		
	322	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE NUMÉRO L'AGENT DE TERRAIN.	<p>ACCORDÉ 1]</p> <p>PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE</p> <p>A REFUSÉ 2]</p> <p>_____</p> <p>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No L'AGENT DE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(SI REFUS, ALLEZ À 329)</p> <p>ABSENTE/AUTRE 3]</p> <p>(ALLEZ À 329) ←</p>	<p>ACCORDÉ 1]</p> <p>PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE</p> <p>A REFUSÉ 2]</p> <p>_____</p> <p>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No L'AGENT DE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(SI REFUS, ALLEZ À 329)</p> <p>ABSENTE/AUTRE 3]</p> <p>(ALLEZ À 329) ←</p>	<p>ACCORDÉ 1]</p> <p>PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE</p> <p>A REFUSÉ 2]</p> <p>_____</p> <p>(SIGNEZ ET INSCRIVEZ VOTRE No L'AGENT DE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(SI REFUS, ALLEZ À 329)</p> <p>ABSENTE/AUTRE 3]</p> <p>(ALLEZ À 329) ←</p>

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTE MINEURE POUR LA COLLECTE DE PB

C O N S E N T E M E N T D E M I N E U R E	323	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTE MINEURE POUR LA COLLECTE DE PB.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de donner du sang pour le test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de (plus 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. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrons donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat. Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH, je peux vous fournir la liste des centres (les plus proches) qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai également un coupon pour bénéficier, vous (et votre partenaire si vous le souhaitez), de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Voulez-vous donner du sang pour le test du VIH ?</p>		
	324	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	<p>ACCORDÉ 1]</p> <p>ENQUÊTÉ MINEURE</p> <p>A REFUSÉ 2]</p> <p>_____</p> <p>(SIGNATURE)</p> <p>(SI REFUS, ALLEZ À 329)</p> <p>ABSENTE/AUTRE 3]</p> <p>(ALLEZ À 329) ←</p>	<p>ACCORDÉ 1]</p> <p>ENQUÊTÉ MINEURE</p> <p>A REFUSÉ 2]</p> <p>_____</p> <p>(SIGNATURE)</p> <p>(SI REFUS, ALLEZ À 329)</p> <p>ABSENTE/AUTRE 3]</p> <p>(ALLEZ À 329) ←</p>	<p>ACCORDÉ 1]</p> <p>ENQUÊTÉ MINEURE</p> <p>A REFUSÉ 2]</p> <p>_____</p> <p>(SIGNATURE)</p> <p>(SI REFUS, ALLEZ À 329)</p> <p>ABSENTE/AUTRE 3]</p> <p>(ALLEZ À 329) ←</p>

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DU VIH DES HOMMES DE 15-59 ANS

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

CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES

P A R E N T	325	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES .	<p>Nous vous demandons d'autoriser le laboratoire de référence à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre d'identifier (NOM DE LA PERSONNE MINEURE). Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) peut quand même participer au test du VIH de cette enquête.</p> <p>Est-ce-que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des tests supplémentaires ?</p>		
	A D U L T E	326	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 329)	ACCORDÉ 1 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 329)

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTE MINEURE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES

C O N S E N T E M E N T D E	327	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES .	<p>Nous vous demandons d'autoriser le laboratoire de référence à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre de vous identifier. Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, vous pouvez quand même participer au test du VIH dans le cadre de cette enquête.</p> <p>Est-ce-que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des tests supplémentaires ?</p>		
	M I N E U R E	328	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET SIGNEZ.	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEURE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE)	ACCORDÉ 1 ENQUÊTÉ MINEURE A REFUSÉ 2 _____ (SIGNATURE)

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DU VIH DES HOMMES DE 15-59 ANS

		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2.	NOM _____	NOM _____	NOM _____
329	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.			
330	TESTS SUPPLÉMENTAIRES	SI ENQUÊTÉ ADULTE, VÉRIFIEZ 315; SI ENQUÊTÉ MINEURE, VÉRIFIEZ 326 ET 328. SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE	SI ENQUÊTÉ ADULTE, VÉRIFIEZ 315; SI ENQUÊTÉE MINEURE, VÉRIFIEZ 326 ET 328. SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE	SI ENQUÊTÉ ADULTE, VÉRIFIEZ 315; SI ENQUÊTÉE MINEURE, VÉRIFIEZ 326 ET 328. SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ OBTENU, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE
331	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE .	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996
332	PLACEZ ÉTIQUETTE CODE BARRE.	COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE. ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE. ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	COLLEZ LA 1re ÉTIQUETTE CODE BARRE. ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.
333	RETOURNEZ À 302 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIÈRE COLONNE D'UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE; SI Y'A PLUS D'HOMMES, TERMINEZ L'INTERVIEW.			

