

INQUÉRITO DEMOGRÁFICO E DE SAÚDE
 QUESTIONÁRIO DO BIOMARCADOR

MOÇAMBIQUE
 INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA

IDENTIFICAÇÃO				
NOME DO LOCAL _____ NOME DO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR _____ ÁREA DE ENUMERAÇÃO NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAR AGREGADO FAMILIAR SELECIONADO PARA QUESTIONÁRIO DE HOMEM? (1=SIM, 2=NÃO)				
VISITAS DO TÉCNICO DE BIOMARCADOR				
	1	2	3	VISITA FINAL
DATA NOME TÉCNICO DE BIOMARCADOR	_____ _____	_____ _____	_____ _____	DIA MÊS ANO
PRÓXIMA: DATA VISITA HORA	_____ _____	_____ _____		NÚMERO TOTAL DE VISITAS
NOTAS _____ _____ _____ _____ _____				TOTAL DE MULHERES ELEGÍVEIS TOTAL DE CRIANÇAS ELEGÍVEIS
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> LÍNGUA DO QUESTIONÁRIO** 0 2 </div> <div> LÍNGUA DA ENTREVISTA** <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div> <div> LÍNGUA MATERNA DO INQUIRIDO(A)** <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div> <div> TRADUTOR USADO (SIM = 1, NÃO = 2) <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> LÍNGUA DO QUESTIONÁRIO** PORTUGUÊS </div> <div> **CÓDIGOS DE LÍNGUAS: 01 EMAKHUWA 07 CINYANJA 02 PORTUGUÊS 08 CINDAU 03 XICHANGANA 09 XITSWA 04 CISENA 10 CINYUNGWE 05 ELOMWE 11 CIYAO 06 ECHUWABO 12 SHONA </div> </div>				
EQUIPA <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NÚMERO		CONTROLADOR(A) <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin-right: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> NOME NÚMERO </div>		

PESO, ALTURA, TESTE DE MALÁRIA E MEDIÇÃO DE HEMOGLOBINA PARA CRIANÇAS DE 0-4 ANOS

101	CONFIRA O RELATÓRIO CAPI PARA "LISTAR INDIVÍDUOS ELEGÍVEIS/ BIOMARCADORES". REGISTE O NÚMERO DA LINHA E O NOME DE TODAS AS CRIANÇAS ELEGÍVEIS DE 0-5 ANOS NA QUESTÃO 102 NESTA PÁGINA E AS PÁGINAS SUBSEQUENTES COMEÇANDO COM A PRIMEIRA LISTADA. SE MAIS DE TRÊS CRIANÇAS, USE QUESTIONÁRIO (S) ADICIONAL (S).																		
	CRIANÇA 1		PASSE A																
102	OBSERVE O RELATÓRIO CAPI E REGISTE O NOME E O NÚMERO DA CRIANÇA	NOME _____ NÚMERO DE LINHA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																	
103	SE A MÃE FOI ENTREVISTADA: CONFIRA O RELATÓRIO DO CAPI PARA A DATA DE NASCIMENTO DA CRIANÇA (DIA, MÊS E ANO). SE A MÃE NÃO FOI ENTREVISTADA PERGUNTE: Qual é a data de nascimento de (NOME)?	DIA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MÊS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANO <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>																	
104	SE A MÃE FOI ENTREVISTADA: CONFIRA O RELATÓRIO CAPI PARA A IDADE DA CRIANÇA. SE A MÃE NÃO FOI ENTREVISTADA PERGUNTE: Quantos anos completos tem (NOME)? COMPARAR E CORRIGIR 103 E / OU 104 SE INCONSISTENTE.	IDADE EM ANOS COMPLETOS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table>																	
105	CONFIRA 104: IDADE DA CRIANÇA 0-4 SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> → 138																		
106	PESO EM QUILOGRAMAS.	KG. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> <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> 0 AUSENTE 9994 RECUSA 9995 OUTRO 9996 → 108																	
107	A CRIANÇA ESTAVA MINIMAMENTE VESTIDA?	SIM 1 NÃO 2																	
108	ALTURA EM CENTÍMETROS. "SE A CRIANÇA TEM DE 0-1 ANOS, MEDIR DEITADA. SE A CRIANÇA TEM 2, 3 OU 4 ANOS, MEDIR EM PÉ. "	CM. <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> AUSENTE 9994 RECUSA 9995 OUTRO 9996 → 113																	
109	A CRIANÇA FOI MEDIDA DEITADA OU EM PÉ?	MEDIDA DEITADA 1 MEDIDA EM PÉ 2																	
110	VERIFICAR 104 E 109: COM BASE NA IDADE DA CRIANÇA, FOI SEGUIDO O PROCEDIMENTO DE MEDIÇÃO CORRECTO	SIM 1 NÃO 2 → 113																	
111	SE A CRIANÇA TEM DE 0-1 ANOS: POR QUE O(A) (NOME) FOI MEDIDO(A) EM PÉ? SE A CRIANÇA TEM DE 2 A 4 ANOS: POR QUE O(A) (NOME) FOI MEDIDO(A) DEITADO(A)? _____ _____																		
113	INSIRA O CÓDIGO DO TÉCNICO DE BIOMARCADOR QUE MEDIU A CRIANÇA.	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> COD. TEC. BIO.																	
114	INSIRA O CÓDIGO ASSISTENTE	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> COD. ASSISTENTE																	
115	DATA DE HOJE:	DIA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MÊS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANO <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>																	

	CRIANÇA 1	PASSE A
116	REGISTE A ALTURA / COMPRIMENTO E O PESO NO PANFLETO INFORMATIVO.	
117	<p>VERIFICAR 103. A CRIANÇA TEM DE 0-5 MESES OU A CRIANÇA É MAIS VELHA?</p> <p>MAIS <input type="checkbox"/> IDADE 0-5 MESES <input type="checkbox"/></p> <p>VELHA <input type="checkbox"/></p>	→ 138
118	<p>REGISTE O NOME DO PAI /MÃE /ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA.</p> <p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DE LINHA <input type="text"/></p>	
119	<p>PEÇA CONSENTIMENTO PARA TESTES DE MALÁRIA E ANEMIA DOS PAIS / ADULTO RESPONSÁVEL:</p> <p>Como parte deste inquérito, estamos pedindo às crianças de todo o país que façam um teste para ver se têm malária e um teste para ver se têm anemia. A malária é uma doença grave causada por um parasita transmitido por uma picada de mosquito. A anemia é um sério problema de saúde que geralmente resulta de má nutrição, infecção ou doença crônica, e que pode comprometer o crescimento e desenvolvimento normal da criança. Este inquérito ajudará o governo a desenvolver programas para prevenir e tratar a malária e a anemia. Pedimos que todas as crianças de 6 meses a 4 anos participem de testes de malária e anemia. Os testes requerem algumas gotas de sangue de um dedo ou calcanhar. O equipamento utilizado para a coleta do sangue é limpo e totalmente seguro. Nunca foi usado antes e será deitado fora após cada teste.</p> <p>O sangue será testado para malária e anemia imediatamente, e os resultados serão informados imediatamente. Os resultados serão mantidos estritamente confidenciais e não serão compartilhados com ninguém além dos membros de nossa equipe de pesquisa.</p> <p>O(a) senhor(a) tem alguma pergunta?</p> <p>O(a) senhor(a) pode dizer sim ou não. Cabe a si decidir.</p> <p>O (a) senhor(a) permitirá que (NOME) participe dos testes de malária e anemia?</p>	
120	<p>CIRCULAR O CÓDIGO.</p> <p>OBTIDO 1</p> <p>RECUSA 2</p> <p>AUSENTE/OUTRO 3</p>	→ 122
121	<p>ASSINE O NOME E INSIRA O CÓDIGO DO TÉCNICO DE BIOMARCADOR.</p> <p>_____ (ASSINATURA)</p> <p><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> COD. TEC. BIO.</p>	
122	<p>REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA AQUI E NO FOLHETO INFORMATIVO.</p> <p>G/DL <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>AUSENTE 994</p> <p>RECUSA 995</p> <p>OUTRA 996</p>	
123	<p>REGISTE O RESULTADO DO TDR DA MALÁRIA AQUI E NO FOLHETO INFORMATIVO.</p> <p>POSITIVO 1</p> <p>NEGATIVO 2</p> <p>AUSENTE 4</p> <p>RECUSA 5</p> <p>OUTRO 6</p>	→ 138
123A	<p>REGISTE O TIPO DE TESTE DE MALARIA USADO.</p> <p>SD BIOLINE 1</p> <p>ADV DX 2</p> <p>OUTRO 6</p>	
123B	<p>VERIFICAR 123: O RESULTADO FOI <input type="checkbox"/> NEGATIVO '2', O OUTRO '6'</p>	→ 136
124	<p>(NOME) sofre de alguma das seguintes doenças ou sintomas:</p> <p>a) Muita fraqueza?</p> <p>b) Problemas do coração?</p> <p>c) Perda de consciência?</p> <p>d) Respiração rápida ou difícil?</p> <p>e) Convulsões ?</p> <p>f) Sangramento anormal?</p> <p>g) Icterícia / Pele amarela?</p> <p>h) Urina escura?</p>	<p>SIM NÃO</p> <p>a) FRAQUEZA 1 2</p> <p>b) PROBLEMAS DO CORAÇÃO 1 2</p> <p>c) PERDA DE CONSCIÊNCIA .. 1 2</p> <p>d) RESPIRAÇÃO 1 2</p> <p>e) CONVULSÕES 1 2</p> <p>f) SANGRAMENTO .. 1 2</p> <p>g) ICTERICIA/ PELE AMARELA . 1 2</p> <p>h) URINA ESCURA 1 2</p>

CRIANÇA 1		PASSE A																				
125	CONFIRA 124: PELO MENOS UM SIM? NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	→ 127																				
126	CONFIRA 122: RESULTADO DE HEMOGLOBINA	→ 128																				
<p>ABAIXO DE 7.0 G/DL, ANEMIA SEVERA 1</p> <p>7.0 G/DL OU ACIMA 2</p> <p>OUTRO 6</p>																						
127	<p>REFERENCIA PARA CASOS DE MALARIA SEVERA</p> <p>O teste de malária mostra que (NOME) tem malária. Seu(sua) filho(a) também apresenta sintomas de malária severa. O tratamento da malária que eu tenho não vai ajudar seu(sua) filho(a) e não posso dar o medicamento a você. Seu(sua) filho(a) está muito doente e deve ser levado(a) imediatamente a um centro de saúde.</p> <p>REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE MALÁRIA NO FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA PARA MALÁRIA SEVERA.</p>	→ 136																				
128	<p>Nas últimas duas semanas (NOME) tomou ou está a tomar um antimalárico dado por um médico ou centro de saúde para tratar a malária?</p> <p>VERIFICAR PEDINDO PARA VER O TRATAMENTO</p>	→ 130																				
<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>																						
129	<p>CONSELHOS MÉDICOS PARA CRIANÇAS QUE TOMARAM OU ESTÃO TOMANDO AL</p> <p>A Senhora disse me que (NOME) já havia recebido um antimalárico para tratar a malária. Portanto, não posso lhe dar Artemeter-Lumefantrina adicional. No entanto, o teste mostra que ele tem malária. Se o(a) seu(ua) filho(a) tiver febre por dois dias após a última dose de antimalárico, você deve levar a criança à unidade de saúde mais próxima para exames adicionais.</p>	→ 138																				
130	<p>PEÇA AOS PAIS/RESPONSÁVEL ADULTO CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE MALÁRIA DA CRIANÇA:</p> <p>O teste de malária mostra que seu(ua) filho(a) tem malária. Podemos lhe dar remédios grátis. O medicamento é denominado Artemeter-Lumefantrina. Artemeter-Lumefantrina é muito eficaz e em poucos dias deve eliminar a febre e outros sintomas. Você não tem que dar o medicamento à criança. Por favor, me diga se você aceita ou não em darmos o medicamento a (NOME).</p>																					
132	<p>CIRCULE O CÓDIGO.</p> <p>ACEITOU 1</p> <p>RECUSOU 2</p> <p>OUTRO 6</p>	→ 138																				
133	<p>ASSINE O NOME E INSIRA O CÓDIGO DO TÉCNICO DE BIOMARCADOR.</p> <p>(ASSINATURA)</p> <p>COD. TEC. BIO.</p>																					
134	<p>CONFIRA 132: MEDICAMENTO ACEITO? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p>	→ 138																				
135	<p>FORNECE INSTRUÇÕES DE DOSAGEM PARA OS PAIS / ADULTO RESPONSÁVEL.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">Tratamento com Arteméter + Lumefantrina (20/120mg)</th> </tr> <tr> <th>Peso</th> <th>Idade</th> <th>Dia 1</th> <th>Dia 2</th> <th>Dia 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5kg - <15kg</td> <td>6 meses - <3 anos</td> <td>Dose inicial de 1 comprimido e repetir com mais 1 comp. após 12 horas</td> <td>1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)</td> <td>1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)</td> </tr> <tr> <td>15kg - <25kg</td> <td>3 - 4 anos</td> <td>Dose inicial com 2 comprimidos e repetir com mais 2 comprimidos após 12 horas</td> <td>2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)</td> <td>2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)</td> </tr> </tbody> </table> <p>O primeiro dia começa tomando a primeira dose seguida da segunda 12 horas depois; nos dias subsequentes, a recomendação é simplesmente" manhã "e" noite "(cerca de 12 horas de intervalo). Tome o medicamento (triturado para crianças menores) com alimentos com alto teor de gordura ou líquidos como leite.</p> <p>Certifique-se de que o tratamento COMPLETO de 3 dias é feito nos horários recomendados, caso contrário, a infecção pode retornar. Se o(a) seu(ua) filho(a) vomitar na primeira meia hora após tomar o medicamento, a senhora precisará de mais comprimidos e repetir a dose.</p> <p>DIGA TAMBÉM PARA OS PAIS / OUTRO ADULTO: Se [NOME] continuar a vomitar, tiver febre alta, respiração rápida ou difícil, não conseguir beber ou amamentar, adoecer ou não melhorar em dois dias, você deve levá-lo / la a um profissional de saúde para tratamento imediato.</p> <p>DIGA AOS PAIS / ADULTO RESPONSÁVEL: Se [NOME] tiver febre alta, respiração rápida ou difícil, não conseguir beber ou amamentar, adoecer ou não melhorar em dois dias, você deve levá-lo a um profissional de saúde para</p>	Tratamento com Arteméter + Lumefantrina (20/120mg)					Peso	Idade	Dia 1	Dia 2	Dia 3	5kg - <15kg	6 meses - <3 anos	Dose inicial de 1 comprimido e repetir com mais 1 comp. após 12 horas	1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	15kg - <25kg	3 - 4 anos	Dose inicial com 2 comprimidos e repetir com mais 2 comprimidos após 12 horas	2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	→ 138
Tratamento com Arteméter + Lumefantrina (20/120mg)																						
Peso	Idade	Dia 1	Dia 2	Dia 3																		
5kg - <15kg	6 meses - <3 anos	Dose inicial de 1 comprimido e repetir com mais 1 comp. após 12 horas	1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)																		
15kg - <25kg	3 - 4 anos	Dose inicial com 2 comprimidos e repetir com mais 2 comprimidos após 12 horas	2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)																		

	CRIANÇA 1		PASSE A
136	CONFIRA 122: RESULTADO DE HEMOGLOBINA	ABAIXO DE 7.0 G/DL, ANEMIA SEVERA 1 7.0 G/DL OU ACIMA 2 OUTRO 6	<div> <div></div> <div>→ 138</div> </div>
137	O teste de anemia mostra que (NOME) tem anemia severa. Seu filho está muito doente e deve ser levado a um centro de saúde imediatamente. REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE ANEMIA NO FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA PARA ANEMIA SEVERA.		
138	SE TIVER OUTRA CRIANÇA, PASSE A 102 NA PRÓXIMA PÁGINA; SE NÃO HA MAIS CRIANÇAS, PASSE AO 201.		

101	CONFIRA O RELATÓRIO CAPI PARA "LISTAR INDIVÍDUOS ELEGÍVEIS/ BIOMARCADORES". REGISTE O NÚMERO DA LINHA E O NOME DE TODAS AS CRIANÇAS ELEGÍVEIS DE 0-5 ANOS NA QUESTÃO 102 NESTA PÁGINA E AS PÁGINAS SUBSEQUENTES COMEÇANDO COM A PRIMEIRA LISTADA. SE MAIS DE TRÊS CRIANÇAS, USE QUESTIONÁRIO (S) ADICIONAL (S).										
	CRIANÇA 2		PASSE A								
102	OBSERVE O RELATÓRIO CAPI E REGISTE O NOME E O NÚMERO DA CRIANÇA	NOME _____ NÚMERO DE LINHA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>									
103	SE A MÃE FOI ENTREVISTADA: CONFIRA O RELATÓRIO DO CAPI PARA A DATA DE NASCIMENTO DA CRIANÇA (DIA, MÊS E ANO). SE A MÃE NÃO FOI ENTREVISTADA PERGUNTE: Qual é a data de nascimento de (NOME)?	DIA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> MÊS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> ANO <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
104	SE A MÃE FOI ENTREVISTADA: CONFIRA O RELATÓRIO CAPI PARA A IDADE DA CRIANÇA. SE A MÃE NÃO FOI ENTREVISTADA PERGUNTE: Quantos anos completos tem (NOME)? COMPARAR E CORRIGIR 103 E / OU 104 SE INCONSISTENTE.	IDADE EM ANOS COMPLETOS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table>									
105	CONFIRA 104: IDADE DA CRIANÇA 0-4 SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> → 138										
106	PESO EM QUILOGRAMAS.	KG. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td>0</td></tr></table> AUSENTE 9994 RECUSA 9995 OUTRO 9996 → 108				0					
	0										
107	A CRIANÇA ESTAVA MINIMAMENTE VESTIDA?	SIM 1 NÃO 2									
108	ALTURA EM CENTÍMETROS. "SE A CRIANÇA TEM DE 0-1 ANOS, MEDIR DEITADA. SE A CRIANÇA TEM 2, 3 OU 4 ANOS, MEDIR EM PÉ. "	CM. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> AUSENTE 9994 RECUSA 9995 OUTRO 9996 → 113									
109	A CRIANÇA FOI MEDIDA DEITADA OU EM PÉ?	MEDIDA DEITADA 1 MEDIDA EM PÉ 2									
110	VERIFICAR 104 E 109: COM BASE NA IDADE DA CRIANÇA, FOI SEGUIDO O PROCEDIMENTO DE MEDIÇÃO CORRECTO?	SIM 1 NÃO 2 → 113									
111	SE A CRIANÇA TEM DE 0-1 ANOS: POR QUE O(A) (NOME) FOI MEDIDO(A) EM PÉ? SE A CRIANÇA TEM DE 2 A 4 ANOS: POR QUE O(A) (NOME) FOI MEDIDO(A) DEITADO(A)? _____ _____										
113	INSIRA O CÓDIGO DO TÉCNICO DE BIOMARCADOR QUE MEDIU A CRIANÇA.	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> COD. TEC. BIO.									
114	INSIRA O CÓDIGO DO ASSISTENTE	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> COD. ASSISTENTE									
115	DATA DE HOJE:	DIA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> MÊS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> ANO <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									

	CRIANÇA 2	PASSE A
116	REGISTE A ALTURA / COMPRIMENTO E O PESO NO PANFLETO INFORMATIVO.	
117	<p>VERIFICAR 105. A CRIANÇA TEM DE 0-5 MESES OU A CRIANÇA É MAIS VELHA?</p> <p>MAIS VELHA <input type="checkbox"/> IDADE 0-5 MESES <input type="checkbox"/></p>	→ 138
118	<p>REGISTE O NOME DO PAI /MÃE /ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA.</p> <p>NOME _____</p> <p>NÚMERO DE LINHA <input type="text"/></p>	
119	<p>PEÇA CONSENTIMENTO PARA TESTES DE MALÁRIA E ANEMIA DOS PAIS / ADULTO RESPONSÁVEL:</p> <p>Como parte deste inquérito, estamos pedindo às crianças de todo o país que façam um teste para ver se têm malária e um teste para ver se têm anemia. A malária é uma doença grave causada por um parasita transmitido por uma picada de mosquito. A anemia é um sério problema de saúde que geralmente resulta de má nutrição, infecção ou doença crônica, e que pode comprometer o crescimento e desenvolvimento normal da criança. Este inquérito ajudará o governo a desenvolver programas para prevenir e tratar a malária e a anemia. Pedimos que todas as crianças de 6 meses a 4 anos participem de testes de malária e anemia. Os testes requerem algumas gotas de sangue de um dedo ou calcanhar. O equipamento utilizado para a coleta do sangue é limpo e totalmente seguro. Nunca foi usado antes e será deitado fora após cada teste.</p> <p>O sangue será testado para malária e anemia imediatamente, e os resultados serão informados imediatamente. Os resultados serão mantidos estritamente confidenciais e não serão compartilhados com ninguém além dos membros de nossa equipe de pesquisa.</p> <p>O(a) senhor(a) tem alguma pergunta?</p> <p>O(a) senhor(a) pode dizer sim ou não. Cabe a si decidir.</p> <p>O (a) senhor(a) permitirá que (NOME) participe dos testes de malária e anemia?</p>	
120	<p>CIRCULE O CÓDIGO.</p> <p>OBTIDO 1</p> <p>RECUSA 2</p> <p>AUSENTE/OUTRO 3</p>	→ 122
121	<p>ASSINE O NOME E INSIRA O CÓDIGO DO TÉCNICO DE BIOMARCADOR.</p> <p>(ASSINATURA)</p> <p><input type="text"/></p> <p>COD. TEC. BIO.</p>	
122	<p>REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA AQUI E NO FOLHETO INFORMATIVO.</p> <p>G/DL <input type="text"/></p> <p>AUSENTE994</p> <p>RECUSA995</p> <p>OUTRA996</p>	
123	<p>REGISTE O RESULTADO DO TDR DA MALÁRIA AQUI E NO FOLHETO INFORMATIVO.</p> <p>POSITIVO 1</p> <p>NEGATIVO 2</p> <p>AUSENTE 4</p> <p>RECUSA 5</p> <p>OUTRO 6</p>	→ 138
123A	<p>REGISTE O TIPO DE TESTE DE MALARIA USADO.</p> <p>SD BIOLINE 1</p> <p>ADV DX 2</p> <p>OUTRO 6</p>	
123B	<p>VERIFICAR 123: O RESULTADO FOI <input type="checkbox"/> NEGATIVO '2', O OUTRO '6'</p>	→ 136
124	<p>(NOME) sofre de alguma das seguintes doenças ou sintomas:</p> <p>a) Muita fraqueza?</p> <p>b) Problemas do coração?</p> <p>c) Perda de consciência?</p> <p>d) Respiração rápida ou difícil?</p> <p>e) Convulsões ?</p> <p>f) Sangramento anormal?</p> <p>g) Icterícia / Pele amarela?</p> <p>h) Urina escura?</p>	<p>SIM NÃO</p> <p>a) FRAQUEZA 1 2</p> <p>b) PROBLEMAS DO CORAÇÃO 1 2</p> <p>c) PERDA DE CONSCIÊNCIA .. 1 2</p> <p>d) RESPIRAÇÃO 1 2</p> <p>e) CONVULSÕES 1 2</p> <p>f) SANGRAMENTO .. 1 2</p> <p>g) ICTERICIA/ PELE AMARELA . 1 2</p> <p>h) URINA ESCURA 1 2</p>

	CRIANÇA 2		PASSE A																					
125	CONFIRA 124: PELO MENOS UM SIM? NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>		→ 127																					
126	CONFIRA 122: RESULTADO DE HEMOGLOBINA	ABAIXO DE 7.0 G/DL, ANEMIA SEVERA 1 7.0 G/DL OU ACIMA 2 OUTRO 6	→ 128																					
127	REFERENCIA PARA CASOS DE MALARIA SEVERA O teste de malária mostra que (NOME) tem malária. Seu(sua) filho(a) também apresenta sintomas de malária severa. O tratamento da malária que eu tenho não vai ajudar seu(sua) filho(a) e não posso dar o medicamento a você. Seu(sua) filho(a) está muito doente e deve ser levado(a) imediatamente a um centro de saúde. REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE MALÁRIA NO FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA PARA MALÁRIA SEVERA.			→ 136																				
128	Nas últimas duas semanas (NOME) tomou ou está a tomar um antimalárico dado por um médico ou centro de saúde para tratar a malária? VERIFICAR PEDINDO PARA VER O TRATAMENTO	SIM 1 NÃO 2	→ 130																					
129	CONSELHOS MÉDICOS PARA CRIANÇAS QUE TOMARAM OU ESTÃO TOMANDO AL A Senhora disse me que (NOME) já havia recebido um antimalárico para tratar a malária. Portanto, não posso lhe dar Artemeter-Lumefantrina adicional. No entanto, o teste mostra que ele tem malária. Se o(a) seu(ua) filho(a) tiver febre por dois dias após a última dose de antimalárico, você deve levar a criança à unidade de saúde mais próxima para exames adicionais.			→ 138																				
130	PEÇA AOS PAIS/RESPONSÁVEL ADULTO CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE MALÁRIA DA CRIANÇA: O teste de malária mostra que seu(ua) filho(a) tem malária. Podemos lhe dar remédios grátis. O medicamento é denominado Artemeter-Lumefantrina. Artemeter-Lumefantrina é muito eficaz e em poucos dias deve eliminar a febre e outros sintomas. Você não tem que dar o medicamento à criança. Por favor, me diga se você aceita ou não em darmos o medicamento a (NOME).																							
132	CIRCULE O CÓDIGO.	ACEITOU 1 RECUSOU 2 OUTRO 6	→ 138																					
133	ASSINE O NOME E INSIRA O CÓDIGO DO TÉCNICO DE BIOMARCADOR.	_____ (ASSINATURA) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> COD. TEC. BIO.																						
134	CONFIRA 132: MEDICAMENTO ACEITO? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		→ 138																					
135	FORNECE INSTRUÇÕES DE DOSAGEM PARA OS PAIS / ADULTO RESPONSÁVEL. <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="5">Tratamento com Arteméter + Lumefantrina (20/120mg)</th> </tr> <tr> <th>Peso</th> <th>Idade</th> <th>Dia 1</th> <th>Dia 2</th> <th>Dia 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5kg - <15kg</td> <td>6 meses - <3 anos</td> <td>Dose inicial de 1 comprimido e repetir com mais 1 comp. após 12 horas</td> <td>1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)</td> <td>1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)</td> </tr> <tr> <td>15kg - <25kg</td> <td>3 - 4 anos</td> <td>Dose inicial com 2 comprimidos e repetir com mais 2 comprimidos após 12 horas</td> <td>2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)</td> <td>2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)</td> </tr> </tbody> </table> <p>O primeiro dia começa tomando a primeira dose seguida da segunda 12 horas depois; nos dias subsequentes, a recomendação é simplesmente" manhã "e" noite "(cerca de 12 horas de intervalo). Tome o medicamento (triturado para crianças menores) com alimentos com alto teor de gordura ou líquidos como leite.</p> <p>Certifique-se de que o tratamento COMPLETO de 3 dias é feito nos horários recomendados, caso contrário, a infecção pode retornar. Se o(a) seu(ua) filho(a) vomitar na primeira meia hora após tomar o medicamento, a senhora precisará de mais comprimidos e repetir a dose.</p> <p>DIGA TAMBÉM PARA OS PAIS / OUTRO ADULTO: Se [NOME] continuar a vomitar, tiver febre alta, respiração rápida ou difícil, não conseguir beber ou amamentar, adoecer ou não melhorar em dois dias, você deve levá-lo / la a um profissional de saúde para tratamento imediato.</p> <p>DIGA AOS PAIS / ADULTO RESPONSÁVEL: Se [NOME] tiver febre alta, respiração rápida ou difícil, não conseguir beber ou amamentar, adoecer ou não melhorar em dois dias, você deve levá-lo a um profissional de saúde para</p>			Tratamento com Arteméter + Lumefantrina (20/120mg)					Peso	Idade	Dia 1	Dia 2	Dia 3	5kg - <15kg	6 meses - <3 anos	Dose inicial de 1 comprimido e repetir com mais 1 comp. após 12 horas	1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	15kg - <25kg	3 - 4 anos	Dose inicial com 2 comprimidos e repetir com mais 2 comprimidos após 12 horas	2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	→ 138
Tratamento com Arteméter + Lumefantrina (20/120mg)																								
Peso	Idade	Dia 1	Dia 2	Dia 3																				
5kg - <15kg	6 meses - <3 anos	Dose inicial de 1 comprimido e repetir com mais 1 comp. após 12 horas	1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)																				
15kg - <25kg	3 - 4 anos	Dose inicial com 2 comprimidos e repetir com mais 2 comprimidos após 12 horas	2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)																				

	CRIANÇA 2		PASSE A
136	CONFIRA 122: RESULTADO DE HEMOGLOBINA	ABAIXO DE 7.0 G/DL, ANEMIA SEVERA 1 7.0 G/DL OU ACIMA 2 OUTRO 6	<input type="checkbox"/> → 138
137	O teste de anemia mostra que (NOME) tem anemia severa. Seu filho está muito doente e deve ser levado a um centro de saúde imediatamente. REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE ANEMIA NO FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA PARA ANEMIA SEVERA.		
138	SE TIVER OUTRA CRIANÇA, PASSE A 102 NA PRÓXIMA PÁGINA; SE NÃO HA MAIS CRIANÇAS, PASSE AO 201.		

101	CONFIRA O RELATÓRIO CAPI PARA "LISTAR INDIVÍDUOS ELEGÍVEIS/ BIOMARCADORES". REGISTE O NÚMERO DA LINHA E O NOME DE TODAS AS CRIANÇAS ELEGÍVEIS DE 0-5 ANOS NA QUESTÃO 102 NESTA PÁGINA E AS PÁGINAS SUBSEQUENTES COMEÇANDO COM A PRIMEIRA LISTADA. SE MAIS DE TRÊS CRIANÇAS, USE QUESTIONÁRIO (S) ADICIONAL (S).									
	CRIANÇA 3	PASSE A								
102	CONFIRA O RELATÓRIO CAPI E REGISTE O NOME E O NÚMERO DA CRIANÇA	NOME _____ NÚMERO DE LINHA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
103	SE A MÃE FOI ENTREVISTADA: CONFIRA O RELATÓRIO DO CAPI PARA A DATA DE NASCIMENTO DA CRIANÇA (DIA, MÊS E ANO). SE A MÃE NÃO FOI ENTREVISTADA PERGUNTE: Qual é a data de nascimento de (NOME)?	DIA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> MÊS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> ANO <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
104	SE A MÃE FOI ENTREVISTADA: CONFIRA O RELATÓRIO CAPI PARA A IDADE DA CRIANÇA. SE A MÃE NÃO FOI ENTREVISTADA PERGUNTE: Quantos anos completos tem (NOME)? COMPARAR E CORRIGIR 103 E / OU 104 SE INCONSISTENTE.	IDADE EM ANOS COMPLETOS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table>								
105	CONFIRA 104: IDADE DA CRIANÇA 0-4 SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	→ 138								
106	PESO EM QUILOGRAMAS.	KG. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td>0</td></tr></table> AUSENTE 9994 RECUSA 9995 OUTRO 9996				0				
	0									
107	A CRIANÇA ESTAVA MINIMAMENTE VESTIDA?	SIM 1 NÃO 2								
108	ALTURA EM CENTÍMETROS. "SE A CRIANÇA TEM DE 0-1 ANOS, MEDIR DEITADA. SE A CRIANÇA TEM 2, 3 OU 4 ANOS, MEDIR EM PÉ. "	CM. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr></table> AUSENTE 9994 RECUSA 9995 OUTRO 9996								
109	A CRIANÇA FOI MEDIDA DEITADA OU EM PÉ?	MEDIDA DEITADA 1 MEDIDA EM PÉ 2								
110	VERIFICAR 104 E 109: COM BASE NA IDADE DA CRIANÇA, FOI SEGUIDO O PROCEDIMENTO DE MEDIÇÃO CORRECTO?	SIM 1 NÃO 2								
111	SE A CRIANÇA TEM DE 0-1 ANOS: POR QUE O(A) (NOME) FOI MEDIDO(A) EM PÉ? SE A CRIANÇA TEM DE 2 A 4 ANOS: POR QUE O(A) (NOME) FOI MEDIDO(A) DEITADO(A)? _____ _____									
113	INSIRA O CÓDIGO DO TÉCNICO DE BIOMARCADOR QUE MEDIU A CRIANÇA.	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> COD. MEDIDOR								
114	INSIRA O CÓDIGO DO ASSISTENTE.	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> COD. ASSISTENTE								
115	DATA DE HOJE:	DIA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> MÊS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> ANO <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								

	CRIANÇA 3		PASSE A																											
116	REGISTE A ALTURA / COMPRIMENTO E O PESO NO PANFLETO INFORMATIVO.																													
117	VERIFICAR 103: A CRIANÇA TEM DE 0-5 MESES OU A CRIANÇA É MAIS VELHA? <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> MAIS <input type="checkbox"/> IDADE 0-5 <input type="checkbox"/> VELHA <input type="checkbox"/> MESES </div>	→ 138																												
118	REGISTE O NOME DO PAI /MÃE /ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA.	NOME _____ NÚMERO DE LINHA <input type="text"/> <input type="text"/>																												
119	PEÇA CONSENTIMENTO PARA TESTES DE MALÁRIA E ANEMIA DOS PAIS / ADULTO RESPONSÁVEL: Como parte deste inquérito, estamos pedindo às crianças de todo o país que façam um teste para ver se têm malária e um teste para ver se têm anemia. A malária é uma doença grave causada por um parasita transmitido por uma picada de mosquito. A anemia é um sério problema de saúde que geralmente resulta de má nutrição, infecção ou doença crônica, e que pode comprometer o crescimento e desenvolvimento normal da criança. Este inquérito ajudará o governo a desenvolver programas para prevenir e tratar a malária e a anemia. Pedimos que todas as crianças de 6 meses a 4 anos participem de testes de malária e anemia. Os testes requerem algumas gotas de sangue de um dedo ou calcanhar. O equipamento utilizado para a coleta do sangue é limpo e totalmente seguro. Nunca foi usado antes e será deitado fora após cada teste. O sangue será testado para malária e anemia imediatamente, e os resultados serão informados imediatamente. Os resultados serão mantidos estritamente confidenciais e não serão compartilhados com ninguém além dos membros de nossa equipe de pesquisa. O(a) senhor(a) tem alguma pergunta? O(a) senhor(a) pode dizer sim ou não. Cabe a si decidir. O (a) senhor(a) permitirá que (NOME) participe dos testes de malária e anemia?																													
120	CIRCULE O CÓDIGO.	OBTIDO 1 RECUSA 2 AUSENTE/OUTRO 3	→ 122																											
121	ASSINE O NOME E INSIRA O CÓDIGO DO TÉCNICO DE BIOMARCADOR.	_____ (ASSINATURA) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> COD. TEC. BIO.																												
122	REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA AQUI E NO FOLHETO INFORMATIVO.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> AUSENTE 994 RECUSA 995 OUTRA 996																												
123	REGISTE O RESULTADO DO TDR DA MALÁRIA AQUI E NO FOLHETO INFORMATIVO.	POSITIVO 1 NEGATIVO 2 AUSENTE 4 RECUSA 5 OUTRO 6	→ 138																											
123A	REGISTE O TIPO DE TESTE DE MALARIA USADO.	SD BIOLINE 1 ADV DX 2 OUTRO 6																												
123B	VERIFICAR 123: O RESULTADO FOI NEGATIVO '2', O OUTRO '6' <input type="checkbox"/>		→ 136																											
124	(NOME) sofre de alguma das seguintes doenças ou sintomas: a) Muita fraqueza? b) Problemas do coração? c) Perda de consciência? d) Respiração rápida ou difícil? e) Convulsões ? f) Sangramento anormal? g) Icterícia / Pele amarela? h) Urina escura?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) FRAQUEZA</td> <td>..... 1</td> <td>..... 2</td> </tr> <tr> <td>b) PROBLEMAS DO CORAÇÃO</td> <td>..... 1</td> <td>..... 2</td> </tr> <tr> <td>c) PERDA DE CONSCIÊNCIA</td> <td>..... 1</td> <td>..... 2</td> </tr> <tr> <td>d) RESPIRAÇÃO</td> <td>..... 1</td> <td>..... 2</td> </tr> <tr> <td>e) CONVULSÕES</td> <td>..... 1</td> <td>..... 2</td> </tr> <tr> <td>f) SANGRAMENTO</td> <td>..... 1</td> <td>..... 2</td> </tr> <tr> <td>g) ICTERICIA/ PELE AMARELA</td> <td>..... 1</td> <td>..... 2</td> </tr> <tr> <td>h) URINA ESCURA</td> <td>..... 1</td> <td>..... 2</td> </tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	a) FRAQUEZA 1 2	b) PROBLEMAS DO CORAÇÃO 1 2	c) PERDA DE CONSCIÊNCIA 1 2	d) RESPIRAÇÃO 1 2	e) CONVULSÕES 1 2	f) SANGRAMENTO 1 2	g) ICTERICIA/ PELE AMARELA 1 2	h) URINA ESCURA 1 2	
	SIM	NÃO																												
a) FRAQUEZA 1 2																												
b) PROBLEMAS DO CORAÇÃO 1 2																												
c) PERDA DE CONSCIÊNCIA 1 2																												
d) RESPIRAÇÃO 1 2																												
e) CONVULSÕES 1 2																												
f) SANGRAMENTO 1 2																												
g) ICTERICIA/ PELE AMARELA 1 2																												
h) URINA ESCURA 1 2																												

	CRIANÇA 3	PASSE A																				
125	CONFIRA 124: PELO MENOS UM SIM? NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	→ 127																				
126	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>CONFIRA 122: RESULTADO DE HEMOGLOBINA</div> <div> ABAIXO DE 7.0 G/DL, ANEMIA SEVERA 1 7.0 G/DL OU ACIMA 2 OUTRO 6 </div> </div>	→ 128																				
127	<p>REFERENCIA PARA CASOS DE MALÁRIA SEVERA</p> <p>O teste de malária mostra que (NOME) tem malária. Seu(sua) filho(a) também apresenta sintomas de malária severa. O tratamento da malária que eu tenho não vai ajudar seu(sua) filho(a) e não posso dar o medicamento a você. Seu(sua) filho(a) está muito doente e deve ser levado(a) imediatamente a um centro de saúde.</p> <p>REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE MALÁRIA NO FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA PARA MALÁRIA SEVERA.</p>	→ 136																				
128	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Nas últimas duas semanas (NOME) tomou ou está a tomar um antimalárico dado por um médico ou centro de saúde para tratar a malária? VERIFICAR PEDINDO PARA VER O TRATAMENTO </div> <div> SIM 1 NÃO 2 </div> </div>	→ 130																				
129	<p>CONSELHOS MÉDICOS PARA CRIANÇAS QUE TOMARAM OU ESTÃO TOMANDO AL</p> <p>A Senhora disse me que (NOME) já havia recebido um antimalárico para tratar a malária. Portanto, não posso lhe dar Artemeter-Lumefantrina adicional. No entanto, o teste mostra que ele tem malária. Se o(a) seu(ua) filho(a) tiver febre por dois dias após a última dose de antimalárico, você deve levar a criança à unidade de saúde mais próxima para exames adicionais.</p>	→ 138																				
130	<p>PEÇA AOS PAIS/RESPONSÁVEL ADULTO CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE MALÁRIA DA CRIANÇA:</p> <p>O teste de malária mostra que seu(ua) filho(a) tem malária. Podemos lhe dar remédios grátis. O medicamento é denominado Artemeter-Lumefantrina. Artemeter-Lumefantrina é muito eficaz e em poucos dias deve eliminar a febre e outros sintomas. Você não tem que dar o medicamento à criança. Por favor, me diga se você aceita ou não em darmos o medicamento a (NOME).</p>																					
132	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>CIRCULE O CÓDIGO.</div> <div> ACEITOU 1 RECUSOU 2 OUTRO 6 </div> </div>	→ 138																				
133	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>ASSINE O NOME E INSIRA O CÓDIGO DO TÉCNICO DE BIOMARCADOR.</div> <div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="text-align: center;">(ASSINATURA)</div> <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <div style="text-align: center; font-size: small;">COD. TEC. BIO.</div> </div> </div>																					
134	CONFIRA 132: MEDICAMENTO ACEITO? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	→ 138																				
135	<p>FORNECE INSTRUÇÕES DE DOSAGEM PARA OS PAIS / ADULTO RESPONSÁVEL.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th colspan="5">Tratamento com Arteméter + Lumefantrina (20/120mg)</th> </tr> <tr> <th>Peso</th> <th>Idade</th> <th>Dia 1</th> <th>Dia 2</th> <th>Dia 3</th> </tr> <tr> <td>5kg - <15kg</td> <td>6 meses - <3 anos</td> <td>Dose inicial de 1 comprimido e repetir com mais 1 comp. após 12 horas</td> <td>1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)</td> <td>1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)</td> </tr> <tr> <td>15kg - <25kg</td> <td>3 - 4 anos</td> <td>Dose inicial com 2 comprimidos e repetir com mais 2 comprimidos após 12 horas</td> <td>2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)</td> <td>2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)</td> </tr> </table> <p>O primeiro dia começa tomando a primeira dose seguida da segunda 12 horas depois; nos dias subsequentes, a recomendação é simplesmente" manhã "e" noite "(cerca de 12 horas de intervalo). Tome o medicamento (triturado para crianças menores) com alimentos com alto teor de gordura ou líquidos como leite.</p> <p>Certifique-se de que o tratamento COMPLETO de 3 dias é feito nos horários recomendados, caso contrário, a infecção pode retornar. Se o(a) seu(ua) filho(a) vomitar na primeira meia hora após tomar o medicamento, a senhora precisará de mais comprimidos e repetir a dose.</p> <p>DIGA TAMBÉM PARA OS PAIS / OUTRO ADULTO: Se [NOME] continuar a vomitar, tiver febre alta, respiração rápida ou difícil, não conseguir beber ou amamentar, adoecer ou não melhorar em dois dias, você deve levá-lo / la a um profissional de saúde para tratamento imediato.</p> <p>DIGA AOS PAIS / ADULTO RESPONSÁVEL: Se [NOME] tiver febre alta, respiração rápida ou difícil, não conseguir beber ou amamentar, adoecer ou não melhorar em dois dias, você deve levá-lo a um profissional de saúde para</p>	Tratamento com Arteméter + Lumefantrina (20/120mg)					Peso	Idade	Dia 1	Dia 2	Dia 3	5kg - <15kg	6 meses - <3 anos	Dose inicial de 1 comprimido e repetir com mais 1 comp. após 12 horas	1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	15kg - <25kg	3 - 4 anos	Dose inicial com 2 comprimidos e repetir com mais 2 comprimidos após 12 horas	2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	→ 138
Tratamento com Arteméter + Lumefantrina (20/120mg)																						
Peso	Idade	Dia 1	Dia 2	Dia 3																		
5kg - <15kg	6 meses - <3 anos	Dose inicial de 1 comprimido e repetir com mais 1 comp. após 12 horas	1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	1 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)																		
15kg - <25kg	3 - 4 anos	Dose inicial com 2 comprimidos e repetir com mais 2 comprimidos após 12 horas	2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)	2 comp. a cada 12 horas (duas vezes ao dia)																		

	CRIANÇA 3		PASSE A
136	CONFIRA 122: RESULTADO DE HEMOGLOBINA	ABAIXO DE 7.0 G/DL, ANEMIA SEVERA 1 7.0 G/DL OU ACIMA 2 OUTRO 6	<div> <div></div> <div>→</div> <div>138</div> </div>
137	O teste de anemia mostra que (NOME) tem anemia severa. Seu filho está muito doente e deve ser levado a um centro de saúde imediatamente. REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE ANEMIA NO FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA PARA ANEMIA SEVERA.		
138	SE TIVER OUTRA CRIANÇA, PASSE A 102 NA PRÓXIMA PÁGINA; SE NÃO HA MAIS CRIANÇAS, PASSE AO 201.		

201	CONFIRA O RELATÓRIO CAPI PARA "LISTAR INDIVÍDUOS ELEGÍVEIS A BIOMARCADORES ". REGISTE O NÚMERO DA LINHA, NOME, IDADE E ESTADO CIVIL DE TODAS AS MULHERES ELEGÍVEIS NESTA PÁGINA E NAS PÁGINAS SUBSEQUENTES COMEÇANDO COM A PRIMEIRA LISTADA. SE MAIS DE DUAS MULHERES FOREM ELEGÍVEIS, USE QUESTIONÁRIO (S) ADICIONAL (S).									
	MULHER 1	PASSE A								
202	CONFIRA O RELATÓRIO CAPI E REGISTE O NOME E O NÚMERO DA MULHER	NOME _____ NÚMERO DA LINHA <table><tr><td></td><td></td></tr></table>								
203	CONFIRA O RELATÓRIO DO CAPI PARA IDADE:	15-17 ANOS 1 18-49 ANOS 2								
204	CONFIRA O RELATÓRIO CAPI PARA O ESTADO CIVIL: [VERIFICAR COLUNA 8 NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR (ESTADO CIVIL)]	CÓDIGO 4 1 (NUNCA EM UNIÃO) OUTRO..... 2								
205	PESO EM QUILOGRAMAS.	KG..... <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0</td></tr></table> AUSENTE 99994 RECUSA 99995 OUTRO..... 99996						0		
					0					
206	A MULHER ESTAVA VESTINDO APENAS ROUPAS LEVES?	SIM 1 NÃO 2								
207	ALTURA EM CENTÍMETROS.	CM <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> AUSENTE 9994 RECUSA 9995 OUTRO..... 9996								
209	INSIRA O CÓDIGO DO TÉCNICO DE BIOMARCADOR QUE MEDIU A MULHER.	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> COD. TEC. BIO.								
210	INSIRA O CÓDIGO DO ASSISTENTE. SE NÃO FOI ASSISTIDO, INSIRA 9999.	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> COD. ASSISTENTE								
211	DATA DE HOJE:	DIA <table><tr><td></td><td></td></tr></table> MES <table><tr><td></td><td></td></tr></table> ANO <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
212	CONFIRA 203:	IDADE 15-17 ANOS <input type="checkbox"/> ↓ IDADE 18-49 ANOS <input type="checkbox"/> → 214								
213	CONFIRA 204:	OUTRO <input type="checkbox"/> ↓ CÓDIGO 4 (NUNCA EM UNIÃO) <input type="checkbox"/> → 217								

	MULHER 1		PASSE A
A D U L T R E S P O N D E N T C O N S E N T	CONSENTIMENTO DA RESPONDENTE ADULTA PARA O TESTE DE ANEMIA		
	214	<p>PEÇA CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE ANEMIA:</p> <p>Como parte deste inquérito, estamos pedindo às pessoas ao redor do país que façam um teste de anemia. A anemia é um sério problema de saúde que geralmente é resultado da má nutrição, infecção ou doença crônica. Esta pesquisa ajudará o governo a desenvolver programas para prevenir e tratar a anemia.</p> <p>Para o teste de anemia, vamos precisar de algumas gotas de sangue de um dedo. O equipamento utilizado para a colecta do sangue é limpo e totalmente seguro. Nunca foi usado antes e será deitado fora depois que tirarmos seu sangue. O sangue será testado para anemia imediatamente e o resultado será informado a si imediatamente. O resultado será mantido estritamente confidencial e não será compartilhado com ninguém além dos membros de nossa equipe de estudo.</p> <p>A Senhora tem alguma pergunta? A senhora pode dizer sim ou não. Cabe a si decidir.</p>	
	215	CIRCULE O CÓDIGO.	<p>OBTIDO 1</p> <p>RECUSA 2</p> <p>AUSENTE/OUTRO 3</p> <p>→ 225</p>
216	ASSINE O NOME E INSIRA O CÓDIGO DO TÉCNICO DE BIOMARCADOR.	<p>_____</p> <p>(ASSINATURA)</p> <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <p>COD. TEC. BIO.</p> <p>→ 225</p>	

	MULHER 1	PASSE A
217	REGISTE O NOME DO PAI /MÃE /RESPONSÁVEL ADULTO DO MENOR.	NOME _____ NÚMERO DE LINHA/ RESPONSÁVEL ADULTO <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: auto;"></div>
CONSENTIMENTO DO PAI/RESPONSÁVEL ADULTO PARA O TESTE DE ANEMIA		
218	<p>PEÇA CONSENTIMENTO PARA TESTE DE ANEMIA DOS PAIS / ADULTO RESPONSÁVEL:</p> <p>Como parte deste inquérito, estamos pedindo às pessoas ao redor do país que façam um teste de anemia. A anemia é um sério problema de saúde que geralmente é resultado da má nutrição, infecção ou doença crônica. Esta pesquisa ajudará o governo a desenvolver programas para prevenir e tratar a anemia.</p> <p>Para o teste de anemia, vamos precisar de algumas gotas de sangue de um dedo. O equipamento utilizado para a coleta do sangue é limpo e totalmente seguro. Nunca foi usado antes e será deixado fora após cada teste. O sangue será imediatamente testado para anemia e o resultado será comunicado a si e (NOME DO MENOR) imediatamente. O resultado será mantido estritamente confidencial e não será compartilhado com ninguém além dos membros de nossa equipe de pesquisa.</p> <p>O(A) senhor(a) tem alguma pergunta? O(A) (senhor(a) pode dizer sim ou não. Cabe a si decidir. O(A) senhor(a) permitirá que (NOME DO MENOR) faça o teste de anemia?</p>	
219	CIRCULE O CÓDIGO.	OBTIDO 1 RECUSA DO PAI/MÃE/ ADULTO RESPONSÁVEL . 2 AUSENTE/OUTRO 3 → 225
220	ASSINE O NOME E INSIRA O CÓDIGO DO TÉCNICO DE BIOMARCADOR.	_____ (ASSINATURA) <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div> COD.TEC. BIO.
221	CONFIRA 219: CONSENTIMENTO <input type="checkbox"/> CONSENTIMENTO <input type="checkbox"/> OBTIDO RECUSADO	
ASSENTIMENTO DA MENOR PARA O TESTE DE ANEMIA		
222	<p>PEÇA ACEITAÇÃO PARA TESTE DE ANEMIA DO MENOR RESPONDENTE:</p> <p>Como parte deste inquérito, estamos pedindo às pessoas ao redor do país que façam um teste de anemia. A anemia é um sério problema de saúde que geralmente é resultado da má nutrição, infecção ou doença crônica. Esta pesquisa ajudará o governo a desenvolver programas para prevenir e tratar a anemia.</p> <p>Para o teste de anemia, vamos precisar de algumas gotas de sangue de um dedo. O equipamento utilizado para a coleta do sangue é limpo e totalmente seguro. Nunca foi usado antes e será deixado fora depois que tirarmos seu sangue. O sangue será imediatamente testado para anemia e o resultado será comunicado a si e (NOME DO PAI / MÃE / ADULTO RESPONSÁVEL) imediatamente. O resultado será mantido estritamente confidencial e não será compartilhado com ninguém além dos membros de nossa equipe de pesquisa.</p> <p>Você tem alguma pergunta? Você pode dizer sim ou não. Cabe a si decidir.</p>	
223	CIRCULE O CÓDIGO.	OBTIDO 1 RECUSA DO MENOR RESPONDENTE 2 AUSENTE/OUTRO .. 3 → 225
224	ASSINE O NOME E INSIRA O CÓDIGO DO TÉCNICO DE BIOMARCADOR.	_____ (ASSINATURA) <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div> COD. TEC. BIO.

	MULHER 1		PASSE A
225	REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA AQUI E NO FOLHETO INFORMATIVO.	<div>G/DL <div><div></div><div></div></div> . <div></div></div> <div>AUSENTE 994</div> <div>RECUSA 995</div> <div>OUTRO 996</div>	<div><div></div> → 228</div>
226	CONFIRA 225: RESULTADO DE HEMOGLOBINA	<div>ABAIXO DE 7.0 G/DL,</div> <div>ANEMIA SEVERA 1</div> <div>7.0 G/DL OU ACIMA 2</div>	<div>→ 228</div>
227	O teste de anemia mostra que você tem anemia severa Você está muito doente e deve ir a um centro de saúde imediatamente. REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE ANEMIA NO FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA PARA ANEMIA SEVERA.		
228	SE TIVER OUTRA MULHER, IR PARA 202 NA PRÓXIMA PÁGINA; SE NÃO HA MAIS MULHERES, TERMINE A ENTREVISTA.		

201	CONFIRA O RELATÓRIO CAPI PARA "LISTAR INDIVÍDUOS ELEGÍVEIS A BIOMARCADORES ". REGISTE O NÚMERO DA LINHA, NOME, IDADE E ESTADO CIVIL DE TODAS AS MULHERES ELEGÍVEIS NESTA PÁGINA E NAS PÁGINAS SUBSEQUENTES COMEÇANDO COM A PRIMEIRA LISTADA. SE MAIS DE DUAS MULHERES FOREM ELEGÍVEIS, USE QUESTIONÁRIO (S) ADICIONAL (S).										
	MULHER 2		PASSE A								
202	CONFIRA O RELATÓRIO CAPI E REGISTE O NOME E O NÚMERO DA MULHER	NOME _____ NÚMERO DA LINHA <table><tr><td></td><td></td></tr></table>									
203	CONFIRA O RELATORIO DO CAPI PARA IDADE:	15-17 ANOS 1 18-49 ANOS 2									
204	CONFIRA O RELATÓRIO CAPI PARA O ESTADO CIVIL: [VERIFICAR COLUNA 8 NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR (ESTADO CIVIL)]	CÓDIGO 4 1 (NUNCA EM UNIÃO) OUTRO..... 2									
205	PESO EM QUILOGRAMAS.	KG..... <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0</td></tr></table> AUSENTE 99994 RECUSA 99995 OUTRO..... 99996						0	<div>→ 207</div>		
					0						
206	A MULHER ESTAVA VESTINDO APENAS ROUPAS LEVES?	SIM 1 NÃO 2									
207	ALTURA EM CENTÍMETROS.	CM <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> AUSENTE 9994 RECUSA 9995 OUTRO..... 9996									
209	INSIRA O CÓDIGO DO TÉCNICO DE BIOMARCADOR QUE MEDIU A MULHER.	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> COD. TEC. BIO.									
210	INSIRA O CÓDIGO DO ASSISTENTE SE NÃO FOI ASSISTIDO, INSIRA 9999.	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> COD. ASSISTENTE									
211	DATA DE HOJE:	DIA <table><tr><td></td><td></td></tr></table> MES <table><tr><td></td><td></td></tr></table> ANO <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
212	CONFIRA 203:	IDADE 15-17 ANOS <input type="checkbox"/> ↓ IDADE 18-49 ANOS <input type="checkbox"/>	<div>→ 214</div>								
213	CONFIRA 204:	OUTRO <input type="checkbox"/> ↓ CÓDIGO 4 (NUNCA EM UNIAO) <input type="checkbox"/>	<div>→ 217</div>								

	MULHER 2		PASSE A			
A D U L T R E S P O N D E N T C O N S E N T	CONSENTIMENTO DA RESPONDENTE ADULTA PARA O TESTE DE ANEMIA					
	214	PEÇA CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE ANEMIA: Como parte deste inquérito, estamos pedindo às pessoas ao redor do país que façam um teste de anemia. A anemia é um sério problema de saúde que geralmente é resultado da má nutrição, infecção ou doença crônica. Esta pesquisa ajudará o governo a desenvolver programas para prevenir e tratar a anemia. Para o teste de anemia, vamos precisar de algumas gotas de sangue de um dedo. O equipamento utilizado para a colecta do sangue é limpo e totalmente seguro. Nunca foi usado antes e será deitado fora depois que tirarmos seu sangue. O sangue será testado para anemia imediatamente e o resultado será informado a si imediatamente. O resultado será mantido estritamente confidencial e não será compartilhado com ninguém além dos membros de nossa equipe de estudo. A Senhora tem alguma pergunta? A senhora pode dizer sim ou não. Cabe a si decidir.				
	215	CIRCuLE O CódIGO.	OBTIDO RECUSA AUSENTE/OUTRO → 225			
	216	ASSINE O NOME E INSIRA O CódIGO DO TÉCNICO DE BIOMARCADOR.	_____ ASSINATURA <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> COD. TEC. BIO. → 225			

		MULHER 2		PASSE A	
217	REGISTE O NOME DO PAI /MÃE /RESPONSÁVEL ADULTO DO MENOR.	NOME _____ NÚMERO DE LINHA/ RESPONSÁVEL ADULTO <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>			
RESPONSÁVEL ADULTO CONSENTIMENTO	CONSENTIMENTO DO PAI/RESPONSÁVEL ADULTO PARA O TESTE DE ANEMIA				
	218	PEÇA CONSENTIMENTO PARA TESTE DE ANEMIA DOS PAIS / ADULTO RESPONSÁVEL: Como parte deste inquérito, estamos pedindo às pessoas ao redor do país que façam um teste de anemia. A anemia é um sério problema de saúde que geralmente é resultado da má nutrição, infecção ou doença crônica. Esta pesquisa ajudará o governo a desenvolver programas para prevenir e tratar a anemia. Para o teste de anemia, vamos precisar de algumas gotas de sangue de um dedo. O equipamento utilizado para a colecta do sangue é limpo e totalmente seguro. Nunca foi usado antes e será deitado fora após cada teste. O sangue será imediatamente testado para anemia e o resultado será comunicado a si e (NOME DO MENOR) imediatamente. O resultado será mantido estritamente confidencial e não será compartilhado com ninguém além dos membros de nossa equipe de pesquisa. O(A) senhor(a) tem alguma pergunta? O(A) (senhor(a) pode dizer sim ou não. Cabe a si decidir. O(A) senhor(a) permitirá que (NOME DO MENOR) faça o teste de anemia?			
	219	CIRCULE O CÓDIGO.	OBTIDO 1 RECUSA DO PAI/MÃE/ ADULTO RESPONSÁVEL 1 AUSENTE/OUTRO .. 3	→ 225	
	220	ASSINE O NOME E INSIRA O CÓDIGO DO TÉCNICO DE BIOMARCADOR.	_____ (ASSINATURA) <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> COD. TEC. BIO.		
	221	CONFIRA 219: CONSENTIMENTO <input type="checkbox"/> OBTIDO CONSENTIMENTO <input type="checkbox"/> RECUSADO		→ 225	
MENOR RESPONDENTE ASSENTIMENTO	ASSENTIMENTO DA MENOR PARA O TESTE DE ANEMIA				
	222	PEÇA ACEITAÇÃO PARA TESTE DE ANEMIA DO MENOR RESPONDENTE: Como parte deste inquérito, estamos pedindo às pessoas ao redor do país que façam um teste de anemia. A anemia é um sério problema de saúde que geralmente é resultado da má nutrição, infecção ou doença crônica. Esta pesquisa ajudará o governo a desenvolver programas para prevenir e tratar a anemia. Para o teste de anemia, vamos precisar de algumas gotas de sangue de um dedo. O equipamento utilizado para a colecta do sangue é limpo e totalmente seguro. Nunca foi usado antes e será deitado fora depois que tirarmos seu sangue. O sangue será imediatamente testado para anemia e o resultado será comunicado a si e (NOME DO PAI / MÃE / ADULTO RESPONSÁVEL) imediatamente. O resultado será mantido estritamente confidencial e não será compartilhado com ninguém além dos membros de nossa equipe de pesquisa. Você tem alguma pergunta? Você pode dizer sim ou não. Cabe a si decidir.			
	223	CIRCULE O CÓDIGO.	OBTIDO 1 RECUSA DO MENOR RESPONDENTE 2 AUSENTE/OUTRO .. 3	→ 225	
	224	ASSINE O NOME E INSIRA O CÓDIGO DO TÉCNICO DE BIOMARCADOR.	_____ (ASSINATURA) <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> COD. TEC. BIO.		

	MULHER 2		PASSE A
225	REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA AQUI E NO FOLHETO INFORMATIVO.	<div>G/DL <div><div></div><div></div></div> . <div></div></div> <div>AUSENTE994</div> <div>RECUSA 995</div> <div>OUTRO996</div>	<div>→ 228</div>
226	CONFIRA 225: RESULTADO DE HEMOGLOBINA	<div>ABAIXO DE 7.0 G/DL,</div> <div>ANEMIA SEVERA 1</div> <div>7.0 G/DL OU ACIMA 2</div>	<div>→ 228</div>
227	O teste de anemia mostra que você tem anemia severa Você está muito doente e deve ir a um centro de saúde imediatamente. REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE ANEMIA NO FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA PARA ANEMIA SEVERA.		
228	SE TIVER OUTRA MULHER, IR PARA 202 NA PRÓXIMA PÁGINA; SE NÃO HA MAIS MULHERES, TERMINE A ENTREVISTA.		

OBSERVAÇÕES DA INQUIRIDORA

A SER PREENCHIDO APÓS CONCLUIR OS BIOMARCADORES

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

OBSERVAÇÕES DO(A) CONTROLADOR(A)

[illegible]

	ENGLISH	PORTUGUÊS
Translation Date	10 Oct 2019	
Language Code	01	02
103	What is (NAME)'s date of birth?	Qual é a data de nascimento de (NOME)?
104	How old was (NAME) at (NAME)'s last birthday?	Quantos anos completos tem (NOME)?
119	<p>ASK CONSENT FOR MALARIA AND ANEMIA TESTS FROM PARENT/RESPONSIBLE ADULT:</p> <p>As part of this survey, we are asking children all over the country to take a test to see if they have malaria and a test to see if they have anemia. Malaria is a serious illness caused by a parasite transmitted by a mosquito bite. Anemia is a serious health problem that usually results from poor nutrition, infection, or chronic disease. This survey will assist the government to develop programs to prevent and treat malaria and anemia. We ask that all children age 6 months through 4 years take part in malaria and anemia testing. The tests require a few drops of blood from a finger or heel. The equipment used to take the blood is clean and completely safe. It has never been used before and will be thrown away after each test.</p> <p>The blood will be tested for malaria and anemia immediately, and the results will be told to you right away. The results will be kept strictly confidential and will not be shared with anyone other than members of our survey team.</p> <p>Do you have any questions? You can say yes or no. It is up to you to decide. Will you allow (NAME OF CHILD) to participate in the malaria and anemia tests?</p>	<p>PEÇA CONSENTIMENTO PARA TESTES DE MALÁRIA E ANEMIA DOS PAIS / ADULTO RESPONSÁVEL:</p> <p>Como parte deste inquérito, estamos pedindo às crianças de todo o país que façam um teste para ver se têm malária e um teste para ver se têm anemia. A malária é uma doença grave causada por um parasita transmitido por uma picada de mosquito. A anemia é um sério problema de saúde que geralmente resulta de má nutrição, infecção ou doença crônica, e que pode comprometer o crescimento e desenvolvimento normal da criança. Este inquérito ajudará o governo a desenvolver programas para prevenir e tratar a malária e a anemia. Pedimos que todas as crianças de 6 meses a 4 anos participem de testes de malária e anemia. Os testes requerem algumas gotas de sangue de um dedo ou calcanhar. O equipamento utilizado para a coleta do sangue é limpo e totalmente seguro. Nunca foi usado antes e será deitado fora após cada teste.</p> <p>O sangue será testado para malária e anemia imediatamente, e os resultados serão informados imediatamente. Os resultados serão mantidos estritamente confidenciais e não serão compartilhados com ninguém além dos membros de nossa equipe de pesquisa. O(a) senhor(a) tem alguma pergunta? O(a) senhor(a) pode dizer sim ou não. Cabe a si decidir. O (a) senhor(a) permitirá que (NOME) participe dos testes de malária e anemia?</p>
124	Does (NAME) suffer from any of the following illnesses or symptoms:	(NOME) sofre de alguma das seguintes doenças ou sintomas:
124a)	Extreme weakness?	Muita fraqueza?
124b)	Heart problems?	Problemas do coração?
124c)	Loss of consciousness?	Perda de consciência?
124d)	Rapid or difficult breathing?	Respiração rápida ou difícil?
124e)	Seizures?	Convulsões ?
124f)	Abnormal bleeding?	Sangramento anormal?
124g)	Jaundice or yellow skin?	Icterícia / Pele amarela?
124h)	Dark urine?	Urina escura?

	ENGLISH	PORTUGUÊS
127	The malaria test shows that (NAME OF CHILD) has malaria. Your child also has symptoms of severe malaria. The malaria treatment I have will not help your child, and I cannot give you the medication. Your child is very ill and must be taken to a health facility right away.	O teste de malária mostra que (NOME) tem malária. Seu(sua) filho(a) também apresenta sintomas de malária severa. O tratamento da malária que eu tenho não vai ajudar seu(sua) filho(a) e não posso dar o medicamento a você. Seu(sua) filho(a) está muito doente e deve ser levado(a) imediatamente a um centro de saúde.
128	In the past two weeks has (NAME) taken or is taking Artemeter-Lumefantrina given by a doctor or health center to treat the malaria?	Nas últimas duas semanas (NOME) tomou ou está a tomar um antimalárico dado por um médico ou centro de saúde para tratar a malária?
129	You have told me that (NAME OF CHILD) had already received Artemeter-Lumefantrina for malaria. Therefore, I cannot give you additional Artemeter-Lumefantrina. However, the test shows that he/she has malaria. If your child has a fever for two days after the last dose of Artemeter-Lumefantrina, you should take the child to the nearest health facility for further examination.	A Senhora disse me que (NOME) já havia recebido um antimalárico para tratar a malária. Portanto, não posso lhe dar Artemeter-Lumefantrina adicional. No entanto, o teste mostra que ele tem malária. Se o(a) seu(ua) filho(a) tiver febre por dois dias após a última dose de antimalárico, você deve levar a criança à unidade de saúde mais próxima para exames adicionais.
130	ASK CONSENT FOR MALARIA TREATMENT FROM PARENT/RESPONSIBLE ADULT: The malaria test shows that your child has malaria. We can give you free medicine. The medicine is called Artemeter-Lumefantrina. Artemeter-Lumefantrina is very effective and in a few days it should get rid of the fever and other symptoms. You do not have to give the child the medicine. This is up to you. Please tell me whether you accept the medicine or not.	PEÇA AOS PAIS/RESPONSÁVEL ADULTO CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE MALÁRIA DA CRIANÇA: O teste de malária mostra que seu(ua) filho(a) tem malária. Podemos lhe dar remédios grátis. O medicamento é denominado Artemeter-Lumefantrina. Artemeter-Lumefantrina é muito eficaz e em poucos dias deve eliminar a febre e outros sintomas. Você não tem que dar o medicamento à criança. Por favor, me diga se você aceita ou não em darmos o medicamento a (NOME).
135	First day starts by taking first dose followed by the second one 12 hours later; on subsequent days the recommendation is simply "morning" and "evening" (around 12 hours apart). Take the medicine (crushed for smaller children) with high fat food or drinks like milk. Make sure that the FULL 3 days treatment is taken at the recommended times, otherwise the infection may return. If your child vomits within the first half hour after taking the medicine, you will need to get additional tablets and repeat the dose. ALSO TELL THE PARENT/OTHER ADULT: If [NAME] continues to vomit, has a high fever, fast or difficult breathing, is not able to drink or breastfeed, gets sicker or does not get better in two days, you should take him/her to a health professional for treatment right away. TELL THE PARENT/RESPONSIBLE ADULT: If [NAME] has a high fever, fast or difficult breathing, is not able to drink or breastfeed, gets sicker or does not get better in two days, you should take him/her to a health professional for treatment right away.	O primeiro dia começa tomando a primeira dose seguida da segunda 12 horas depois; nos dias subsequentes, a recomendação é simplesmente "manhã" e "noite" (cerca de 12 horas de intervalo). Tome o medicamento (triturado para crianças menores) com alimentos com alto teor de gordura ou líquidos como leite. Certifique-se de que o tratamento COMPLETO de 3 dias é feito nos horários recomendados, caso contrário, a infecção pode retornar. Se o(a) seu(ua) filho(a) vomitar na primeira meia hora após tomar o medicamento, a senhora precisará de mais comprimidos e repetir a dose. DIGA TAMBÉM PARA OS PAIS / OUTRO ADULTO: Se [NOME] continuar a vomitar, tiver febre alta, respiração rápida ou difícil, não conseguir beber ou amamentar, adoecer ou não melhorar em dois dias, você deve levá-lo / la a um profissional de saúde para tratamento imediato. DIGA AOS PAIS / ADULTO RESPONSÁVEL: Se [NOME] tiver febre alta, respiração rápida ou difícil, não conseguir beber ou amamentar, adoecer ou não melhorar em dois dias, você deve levá-lo a um profissional de saúde para tratamento imediato.
137	The anemia test shows that (NAME OF CHILD) has severe anemia. Your child is very ill and must be taken to a health facility immediately.	O teste de anemia mostra que (NOME) tem anemia severa. Seu filho está muito doente e deve ser levado a um centro de saúde imediatamente.

	ENGLISH	PORTUGUÊS
214	<p>ASK CONSENT FOR ANEMIA TEST:</p> <p>As part of this survey, we are asking people all over the country to take an anemia test. Anemia is a serious health problem that usually results from poor nutrition, infection, or chronic disease. This survey will assist the government to develop programs to prevent and treat anemia.</p> <p>For the anemia testing, we will need a few drops of blood from a finger. The equipment used to take the blood is clean and completely safe. It has never been used before and will be thrown away after we take your blood. The blood will be tested for anemia immediately, and the result will be told to you right away. The result will be kept strictly confidential and will not be shared with anyone other than members of our survey team.</p> <p>Do you have any questions? You can say yes or no. It is up to you to decide. Will you take the anemia test?</p>	<p>PEÇA CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE ANEMIA:</p> <p>Como parte deste inquérito, estamos pedindo às pessoas ao redor do país que façam um teste de anemia. A anemia é um sério problema de saúde que geralmente é resultado da má nutrição, infecção ou doença crônica. Esta pesquisa ajudará o governo a desenvolver programas para prevenir e tratar a anemia.</p> <p>Para o teste de anemia, vamos precisar de algumas gotas de sangue de um dedo. O equipamento utilizado para a colecta do sangue é limpo e totalmente seguro. Nunca foi usado antes e será deitado fora depois que tirarmos seu sangue. O sangue será testado para anemia imediatamente e o resultado será informado a si imediatamente. O resultado será mantido estritamente confidencial e não será compartilhado com ninguém além dos membros de nossa equipe de estudo.</p> <p>A Senhora tem alguma pergunta? A senhora pode dizer sim ou não. Cabe a si decidir. A senhora vai fazer o teste de anemia</p>
218	<p>ASK CONSENT FOR ANEMIA TEST FROM PARENT/RESPONSIBLE ADULT:</p> <p>As part of this survey, we are asking people all over the country to take an anemia test. Anemia is a serious health problem that usually results from poor nutrition, infection, or chronic disease. This survey will assist the government to develop programs to prevent and treat anemia.</p> <p>For the anemia testing, we will need a few drops of blood from a finger. The equipment used to take the blood is clean and completely safe. It has never been used before and will be thrown away after each test. The blood will be tested for anemia immediately, and the result will be told to you and (NAME OF MINOR) right away. The result will be kept strictly confidential and will not be shared with anyone other than members of our survey team.</p> <p>Do you have any questions? You can say yes or no. It is up to you to decide. Will you allow (NAME OF MINOR) to take the anemia test?</p>	<p>PEÇA CONSENTIMENTO PARA TESTE DE ANEMIA DOS PAIS / ADULTO RESPONSÁVEL:</p> <p>Como parte deste inquérito, estamos pedindo às pessoas ao redor do país que façam um teste de anemia. A anemia é um sério problema de saúde que geralmente é resultado da má nutrição, infecção ou doença crônica. Esta pesquisa ajudará o governo a desenvolver programas para prevenir e tratar a anemia.</p> <p>Para o teste de anemia, vamos precisar de algumas gotas de sangue de um dedo. O equipamento utilizado para a colecta do sangue é limpo e totalmente seguro. Nunca foi usado antes e será deitado fora após cada teste. O sangue será imediatamente testado para anemia e o resultado será comunicado a si e (NOME DO MENOR) imediatamente. O resultado será mantido estritamente confidencial e não será compartilhado com ninguém além dos membros de nossa equipe de pesquisa.</p> <p>O(A) senhor(a) tem alguma pergunta? O(A) (senhor(a) pode dizer sim ou não. Cabe a si decidir.</p>

	ENGLISH	PORTUGUÊS
222	<p>ASK ASSENT FOR ANEMIA TEST FROM MINOR RESPONDENT:</p> <p>As part of this survey, we are asking people all over the country to take an anemia test. Anemia is a serious health problem that usually results from poor nutrition, infection, or chronic disease. This survey will assist the government to develop programs to prevent and treat anemia.</p> <p>For the anemia testing, we will need a few drops of blood from a finger. The equipment used to take the blood is clean and completely safe. It has never been used before and will be thrown away after we take your blood. The blood will be tested for anemia immediately, and the result will be told to you and (NAME OF PARENT/RESPONSIBLE ADULT) right away. The result will be kept strictly confidential and will not be shared with anyone other than members of our survey team.</p> <p>Do you have any questions? You can say yes or no. It is up to you to decide. Will you take the anemia test?</p>	<p>PEÇA ACEITAÇÃO PARA TESTE DE ANEMIA DO MENOR RESPONDENTE:</p> <p>Como parte deste inquérito, estamos pedindo às pessoas ao redor do país que façam um teste de anemia. A anemia é um sério problema de saúde que geralmente é resultado da má nutrição, infecção ou doença crônica. Esta pesquisa ajudará o governo a desenvolver programas para prevenir e tratar a anemia.</p> <p>Para o teste de anemia, vamos precisar de algumas gotas de sangue de um dedo. O equipamento utilizado para a colecta do sangue é limpo e totalmente seguro. Nunca foi usado antes e será deitado fora depois que tirarmos seu sangue. O sangue será imediatamente testado para anemia e o resultado será comunicado a si e (NOME DO PAI / MÃE / ADULTO RESPONSÁVEL) imediatamente. O resultado será mantido estritamente confidencial e não será compartilhado com ninguém além dos membros de nossa equipe de pesquisa.</p> <p>Você tem alguma pergunta? Você pode dizer sim ou não. Cabe a si decidir. Você vai fazer o teste de anemia?</p>
227	<p>The anemia test shows that you have severe anemia. You are very ill and must go to a health facility immediately.</p>	<p>O teste de anemia mostra que você tem anemia severa. Você está muito doente e deve ir a um centro de saúde imediatamente.</p>

	ENGLISH	LANGUAGE 3	LANGUAGE 4
Translation Date	10 Oct 2019		
Language Code	01	03	04
103	What is (NAME)'s date of birth?		
104	How old was (NAME) at (NAME)'s last birthday?		
119	<p>ASK CONSENT FOR MALARIA AND ANEMIA TESTS FROM PARENT/RESPONSIBLE ADULT:</p> <p>As part of this survey, we are asking children all over the country to take a test to see if they have malaria and a test to see if they have anemia. Malaria is a serious illness caused by a parasite transmitted by a mosquito bite. Anemia is a serious health problem that usually results from poor nutrition, infection, or chronic disease. This survey will assist the government to develop programs to prevent and treat malaria and anemia. We ask that all children age 6 months through 4 years take part in malaria and anemia testing. The tests require a few drops of blood from a finger or heel. The equipment used to take the blood is clean and completely safe. It has never been used before and will be thrown away after each test.</p> <p>The blood will be tested for malaria and anemia immediately, and the results will be told to you right away. The results will be kept strictly confidential and will not be shared with anyone other than members of our survey team.</p> <p>Do you have any questions? You can say yes or no. It is up to you to decide. Will you allow (NAME OF CHILD) to participate in the malaria and anemia tests?</p>		
124	Does (NAME) suffer from any of the following illnesses or symptoms:		
124a)	Extreme weakness?		
124b)	Heart problems?		
124c)	Loss of consciousness?		
124d)	Rapid or difficult breathing?		
124e)	Seizures?		
124f)	Abnormal bleeding?		
124g)	Jaundice or yellow skin?		
124h)	Dark urine?		

	ENGLISH	LANGUAGE 3	LANGUAGE 4
127	The malaria test shows that (NAME OF CHILD) has malaria. Your child also has symptoms of severe malaria. The malaria treatment I have will not help your child, and I cannot give you the medication. Your child is very ill and must be taken to a health facility right away.		
128	In the past two weeks has (NAME) taken or is taking Artemeter-Lumefantrina given by a doctor or health center to treat the malaria?		
129	You have told me that (NAME OF CHILD) had already received Artemeter-Lumefantrina for malaria. Therefore, I cannot give you additional Artemeter-Lumefantrina. However, the test shows that he/she has malaria. If your child has a fever for two days after the last dose of Artemeter-Lumefantrina, you should take the child to the nearest health facility for further examination.		
130	<p>ASK CONSENT FOR MALARIA TREATMENT FROM PARENT/RESPONSIBLE ADULT:</p> <p>The malaria test shows that your child has malaria. We can give you free medicine. The medicine is called Artemeter-Lumefantrina. Artemeter-Lumefantrina is very effective and in a few days it should get rid of the fever and other symptoms. You do not have to give the child the medicine. This is up to you. Please tell me whether you accept the medicine or not.</p>		
135	<p>First day starts by taking first dose followed by the second one 12 hours later; on subsequent days the recommendation is simply “morning” and “evening” (around 12 hours apart). Take the medicine (crushed for smaller children) with high fat food or drinks like milk.</p> <p>Make sure that the FULL 3 days treatment is taken at the recommended times, otherwise the infection may return. If your child vomits within the first half hour after taking the medicine, you will need to get additional tablets and repeat the dose.</p> <p>ALSO TELL THE PARENT/OTHER ADULT: If [NAME] continues to vomit, has a high fever, fast or difficult breathing, is not able to drink or breastfeed, gets sicker or does not get better in two days, you should take him/her to a health professional for treatment right away.</p> <p>TELL THE PARENT/RESPONSIBLE ADULT: If [NAME] has a high fever, fast or difficult breathing, is not able to drink or breastfeed, gets sicker or does not get better in two days, you should take him/her to a health professional for treatment right away.</p>		
137	The anemia test shows that (NAME OF CHILD) has severe anemia. Your child is very ill and must be taken to a health facility immediately.		

	ENGLISH	LANGUAGE 3	LANGUAGE 4
214	<p>ASK CONSENT FOR ANEMIA TEST:</p> <p>As part of this survey, we are asking people all over the country to take an anemia test. Anemia is a serious health problem that usually results from poor nutrition, infection, or chronic disease. This survey will assist the government to develop programs to prevent and treat anemia.</p> <p>For the anemia testing, we will need a few drops of blood from a finger. The equipment used to take the blood is clean and completely safe. It has never been used before and will be thrown away after we take your blood. The blood will be tested for anemia immediately, and the result will be told to you right away. The result will be kept strictly confidential and will not be shared with anyone other than members of our survey team.</p> <p>Do you have any questions? You can say yes or no. It is up to you to decide. Will you take the anemia test?</p>		
218	<p>ASK CONSENT FOR ANEMIA TEST FROM PARENT/RESPONSIBLE ADULT:</p> <p>As part of this survey, we are asking people all over the country to take an anemia test. Anemia is a serious health problem that usually results from poor nutrition, infection, or chronic disease. This survey will assist the government to develop programs to prevent and treat anemia.</p> <p>For the anemia testing, we will need a few drops of blood from a finger. The equipment used to take the blood is clean and completely safe. It has never been used before and will be thrown away after each test. The blood will be tested for anemia immediately, and the result will be told to you and (NAME OF MINOR) right away. The result will be kept strictly confidential and will not be shared with anyone other than members of our survey team.</p> <p>Do you have any questions? You can say yes or no. It is up to you to decide. Will you allow (NAME OF MINOR) to take the anemia test?</p>		

	ENGLISH	LANGUAGE 3	LANGUAGE 4
222	<p>ASK ASSENT FOR ANEMIA TEST FROM MINOR RESPONDENT:</p> <p>As part of this survey, we are asking people all over the country to take an anemia test. Anemia is a serious health problem that usually results from poor nutrition, infection, or chronic disease. This survey will assist the government to develop programs to prevent and treat anemia.</p> <p>For the anemia testing, we will need a few drops of blood from a finger. The equipment used to take the blood is clean and completely safe. It has never been used before and will be thrown away after we take your blood. The blood will be tested for anemia immediately, and the result will be told to you and (NAME OF PARENT/RESPONSIBLE ADULT) right away. The result will be kept strictly confidential and will not be shared with anyone other than members of our survey team.</p> <p>Do you have any questions? You can say yes or no. It is up to you to decide. Will you take the anemia test?</p>		
227	<p>The anemia test shows that you have severe anemia. You are very ill and must go to a health facility immediately.</p>		

	ENGLISH	LANGUAGE 5	LANGUAGE 6
Translation Date	10 Oct 2019		
Language Code	01	05	06
103	What is (NAME)'s date of birth?		
104	How old was (NAME) at (NAME)'s last birthday?		
119	<p>ASK CONSENT FOR MALARIA AND ANEMIA TESTS FROM PARENT/RESPONSIBLE ADULT:</p> <p>As part of this survey, we are asking children all over the country to take a test to see if they have malaria and a test to see if they have anemia. Malaria is a serious illness caused by a parasite transmitted by a mosquito bite. Anemia is a serious health problem that usually results from poor nutrition, infection, or chronic disease. This survey will assist the government to develop programs to prevent and treat malaria and anemia. We ask that all children age 6 months through 4 years take part in malaria and anemia testing. The tests require a few drops of blood from a finger or heel. The equipment used to take the blood is clean and completely safe. It has never been used before and will be thrown away after each test.</p> <p>The blood will be tested for malaria and anemia immediately, and the results will be told to you right away. The results will be kept strictly confidential and will not be shared with anyone other than members of our survey team.</p> <p>Do you have any questions? You can say yes or no. It is up to you to decide. Will you allow (NAME OF CHILD) to participate in the malaria and anemia tests?</p>		
124	Does (NAME) suffer from any of the following illnesses or symptoms:		
124a)	Extreme weakness?		
124b)	Heart problems?		
124c)	Loss of consciousness?		
124d)	Rapid or difficult breathing?		
124e)	Seizures?		
124f)	Abnormal bleeding?		
124g)	Jaundice or yellow skin?		
124h)	Dark urine?		

	ENGLISH	LANGUAGE 5	LANGUAGE 6
127	The malaria test shows that (NAME OF CHILD) has malaria. Your child also has symptoms of severe malaria. The malaria treatment I have will not help your child, and I cannot give you the medication. Your child is very ill and must be taken to a health facility right away.		
128	In the past two weeks has (NAME) taken or is taking Artemeter-Lumefantrina given by a doctor or health center to treat the malaria?		
129	You have told me that (NAME OF CHILD) had already received Artemeter-Lumefantrina for malaria. Therefore, I cannot give you additional Artemeter-Lumefantrina. However, the test shows that he/she has malaria. If your child has a fever for two days after the last dose of Artemeter-Lumefantrina, you should take the child to the nearest health facility for further examination.		
130	<p>ASK CONSENT FOR MALARIA TREATMENT FROM PARENT/RESPONSIBLE ADULT:</p> <p>The malaria test shows that your child has malaria. We can give you free medicine. The medicine is called Artemeter-Lumefantrina. Artemeter-Lumefantrina is very effective and in a few days it should get rid of the fever and other symptoms. You do not have to give the child the medicine. This is up to you. Please tell me whether you accept the medicine or not.</p>		
135	<p>First day starts by taking first dose followed by the second one 12 hours later; on subsequent days the recommendation is simply “morning” and “evening” (around 12 hours apart).Take the medicine (crushed for smaller children) with high fat food or drinks like milk.</p> <p>Make sure that the FULL 3 days treatment is taken at the recommended times, otherwise the infection may return. If your child vomits within the first half hour after taking the medicine, you will need to get additional tablets and repeat the dose.</p> <p>ALSO TELL THE PARENT/OTHER ADULT: If [NAME] continues to vomit, has a high fever, fast or difficult breathing, is not able to drink or breastfeed, gets sicker or does not get better in two days, you should take him/her to a health professional for treatment right away.</p> <p>TELL THE PARENT/RESPONSIBLE ADULT: If [NAME] has a high fever, fast or difficult breathing, is not able to drink or breastfeed, gets sicker or does not get better in two days, you should take him/her to a health professional for treatment right away.</p>		
137	The anemia test shows that (NAME OF CHILD) has severe anemia. Your child is very ill and must be taken to a health facility immediately.		

	ENGLISH	LANGUAGE 5	LANGUAGE 6
214	<p>ASK CONSENT FOR ANEMIA TEST:</p> <p>As part of this survey, we are asking people all over the country to take an anemia test. Anemia is a serious health problem that usually results from poor nutrition, infection, or chronic disease. This survey will assist the government to develop programs to prevent and treat anemia.</p> <p>For the anemia testing, we will need a few drops of blood from a finger. The equipment used to take the blood is clean and completely safe. It has never been used before and will be thrown away after we take your blood. The blood will be tested for anemia immediately, and the result will be told to you right away. The result will be kept strictly confidential and will not be shared with anyone other than members of our survey team.</p> <p>Do you have any questions? You can say yes or no. It is up to you to decide. Will you take the anemia test?</p>		
218	<p>ASK CONSENT FOR ANEMIA TEST FROM PARENT/RESPONSIBLE ADULT:</p> <p>As part of this survey, we are asking people all over the country to take an anemia test. Anemia is a serious health problem that usually results from poor nutrition, infection, or chronic disease. This survey will assist the government to develop programs to prevent and treat anemia.</p> <p>For the anemia testing, we will need a few drops of blood from a finger. The equipment used to take the blood is clean and completely safe. It has never been used before and will be thrown away after each test. The blood will be tested for anemia immediately, and the result will be told to you and (NAME OF MINOR) right away. The result will be kept strictly confidential and will not be shared with anyone other than members of our survey team.</p> <p>Do you have any questions? You can say yes or no. It is up to you to decide. Will you allow (NAME OF MINOR) to take the anemia test?</p>		

	ENGLISH	LANGUAGE 5	LANGUAGE 6
222	<p>ASK ASSENT FOR ANEMIA TEST FROM MINOR RESPONDENT:</p> <p>As part of this survey, we are asking people all over the country to take an anemia test. Anemia is a serious health problem that usually results from poor nutrition, infection, or chronic disease. This survey will assist the government to develop programs to prevent and treat anemia.</p> <p>For the anemia testing, we will need a few drops of blood from a finger. The equipment used to take the blood is clean and completely safe. It has never been used before and will be thrown away after we take your blood. The blood will be tested for anemia immediately, and the result will be told to you and (NAME OF PARENT/RESPONSIBLE ADULT) right away. The result will be kept strictly confidential and will not be shared with anyone other than members of our survey team.</p> <p>Do you have any questions? You can say yes or no. It is up to you to decide. Will you take the anemia test?</p>		
227	<p>The anemia test shows that you have severe anemia. You are very ill and must go to a health facility immediately.</p>		

YEAR OF FIELDWORK:	2022
FIVE YEARS BEFORE SURVEY:	2017
CHILD OLDER THAN 5:	2016
CHILD UNDER 4:	2019
CHILD UNDER 3:	2020
CHILD UNDER 16:	2007