

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
INQUÉRITO DE INDICADORES DE MALÁRIA
IIM 2018
QUESTIONÁRIO DE BIOMARCADORES
Versão: 25 Jan 2018

IDENTIFICAÇÃO														
NOME DO LOCAL _____														
NOME DO CHEFE DO AGREGADO FAMILIAR _____														
NÚMERO DA ÁREA DE ENUMERAÇÃO (IIM I.D.)				<table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>										
NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAR														
VISITAS DO(A) INQUIRIDOR(A)														
	1	2	3	VISITA FINAL										
DATA	_____	_____	_____	DIA <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>										
NOME DO(A) INQUIRIDOR(A)	_____	_____	_____	MÊS <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>										
				ANO <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>										
				Nº INQ. <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>										
PRÓXIMA DATA VISITA:	_____	_____		NÚMERO TOTAL DE VISITAS <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td></tr> </table>										
NOTAS:				Nº DE CRIANÇAS ELEGÍVEIS <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td></tr> </table>										
_____ _____ _____														
LÍNGUA DO QUESTIONÁRIO**	<table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"> <tr><td>0</td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"> <tr><td>1</td></tr> </table>	0	1	LÍNGUA DA ENTREVISTA**	<table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>			LÍNGUA MATERNA DO RESPONDENTE**	<table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>			TRADUTOR USADO (SIM = 1, NÃO = 2)	<table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>	
0														
1														
LÍNGUA DO QUESTIONÁRIO**	<u>PORTUGUÊS</u>			**CODIGO DAS LINGUAS:										
	01 PORTUGUÊS	06 ELOMWE	11 CINYUNGWE											
	02 INGLÊS	07 ECHUWABO	12 CIYAU											
	03 EMAKHUWA	08 CINYANJA	96 OUTRA											
	04 XICHANGANA	09 CINDAU	(ESPECIFIQUE)											
	05 CISENA	10 XITSWA												
SUPERVISOR(A)														
_____ NOME			<table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table> NÚMERO											

TESTAGEM DE HEMOGLOBINA E MALÁRIA PARA AS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS

101	VERIFIQUE A COLUMNA 9 DO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR. REGISTE O NÚMERO DE ORDEM E O NOME DE TODAS AS CRIANÇAS ELEGÍVEIS DE 0-5 ANOS NA PERGUNTA 102; SE TIVER MAIS DE SEIS CRIANÇAS, USE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL.			
		CRIANÇA 1	CRIANÇA 2	CRIANÇA 3
102	VERIFIQUE NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR: NÚMERO DE ORDEM NA COLUMNA 9. NOME NA COLUMNA 2	Nº DE ORDEM NOME	Nº DE ORDEM NOME	Nº DE ORDEM NOME

103	SE A MÃE FOI ENTREVISTADA: COPIA A DATA DE NASCIMENTO DA CRIANÇA (DIA, MÊS, ANO) SEGUNDO A ORDEM DE NASCIMENTO. SE A MÃE NÃO FOI ENTREVISTADA, PEÇA: Qual é a data de nascimento de (NOME)?	DIA MÊS ANO ...	DIA MÊS ANO ...	DIA MÊS ANO ...
104	VERIFIQUE 103: CRIANÇA NASCEU ENTRE 2013-2018?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 130) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 130) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 130) ←
105	VERIFIQUE 103: CRIANÇA TEM 0-5 MESES DE IDADE, I.E., A CRIANÇA NESCEU NO MÊS DA ENTREVISTA OU NOS 5 MESES ANTERIORES?	0-5 MESES 1 (PASSE A 130) ← MAIOR 2	0-5 MESES 1 (PASSE A 130) ← MAIOR 2	0-5 MESES 1 (PASSE A 130) ← MAIOR 2
106	NÚMERO DE ORDEM DA MÃE, PAI, OU ADULTO RESPONSÁVEL NA COLUMNA 1 NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR	Nº DE ORDEM (REGISTE '00' SE NÃO LISTADO)	Nº DE ORDEM (REGISTE '00' SE NÃO LISTADO)	Nº DE ORDEM (REGISTE '00' SE NÃO LISTADO)
107	PEÇA CONSENTIMENTO AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA PARA O TESTE DE ANEMIA.	Como parte deste inquérito, estamos a pedir aos participantes, em todo o país, a realizar um teste de anemia. A anemia é um problema grave para a saúde que geralmente é causada por má nutrição, infecção, ou uma doença crónica. Este inquérito ajudará o governo a desenvolver programas para a prevenção e tratamento da anemia. Solicitamos a participação de todas as crianças dos 6 meses aos 5 anos, permitindo a recolha de uma amostra de sangue do dedo ou do calcanhar. Para o efeito todo material a usar durante a colheita é novo, esterilizado e completamente seguro, e será descartado/posto no lixo logo depois do teste. A amostra para anemia será testada agora mesmo, o(a) (NOME) receberá o resultado dentro de alguns minutos. O resultado é estritamente confidencial e não será partilhado com ninguém além dos membros da equipa de trabalho. O(A) (NOME) tem alguma pergunta? Aceita ou não aceita que (NOME DA CRIANÇA) participe no teste de anemia?		
108	MARQUE A RESPOSTA DO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL E ASSINE SEU NOME (INQUIRIDOR(A)).	ACEITA 1 _____ (ASSINATURA) _____ RECUSOU 2 AUSENTE/OUTRO 3	ACEITA 1 _____ (ASSINATURA) _____ RECUSOU 2 AUSENTE/OUTRO 3	ACEITA 1 _____ (ASSINATURA) _____ RECUSOU 2 AUSENTE/OUTRO 3

TESTAGEM DE HEMOGLOBINA E MALÁRIA PARA AS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS

		CRIANÇA 1	CRIANÇA 2	CRIANÇA 3
	VERIFIQUE NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR: NÚMERO DE ORDEM DA CRIANÇA NA COLUNA 9.	Nº DE ORDEM NOME	Nº DE ORDEM NOME	Nº DE ORDEM NOME
109	PEÇA CONSENTIMENTO AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA PARA O TESTE DE MALÁRIA.	Como parte deste inquérito, estamos a pedir aos participantes, em todo o país, a realizar um teste de malária. A malária é uma doença grave causada por um parasita transmitido por picada de mosquitos. Este inquérito ajudará ao governo a desenvolver programas para a prevenção da malária. Solicitamos a participação de todas as crianças nascidas em [2013 OU ANO APROPRIADO] ou depois, permitindo a recolha de uma amostra de sangue do dedo ou do calcanhar para o teste de malária. O sangue vai ser testada imediatamente, e você vai receber o resultado agora mesmo. O resultado é estritamente confidencial e não será partilhado com ninguém além dos membros da equipa de trabalho. O(A) (NOME) tem alguma pergunta? Pode dizer sim ou não. A escolha depende de você. Aceita ou não aceita que (NOME DA CRIANÇA) participe no teste de malária?		
110	MARQUE A RESPOSTA, ASSINE SEU NOME, E SEU NÚMERO DE INQUIRIDOR(A).	ACEITA 1 RECUSOU 2 ← (ASSINE E INTRODUZA Nº INQ.) AUSENTE/OUTRO 3	ACEITA 1 RECUSOU 2 ← (ASSINE E INTRODUZA Nº INQ.) AUSENTE/OUTRO 3	ACEITA 1 RECUSOU 2 ← (ASSINE E INTRODUZA Nº INQ.) AUSENTE/OUTRO 3
111	SOMENTE PARA O(S) TESTE(S) EM QUE CONSENTIMENTO FOI OBTIDO, PREPARE OS MATERIAIS NECESSÁRIOS E PROCEDA O(S) TESTE(S).			
112	COLE A ETIQUETA DE NÚMEROS PARA TESTAGEM DE MALÁRIA.	COLE A 1A ETIQUETA DE NÚMEROS AQUI. AUSENTE 99994 RECUSOU 99995 OUTRO 99996 COLE A 2A ETIQUETA DE NÚMEROS NO TDR.	COLE A 1A ETIQUETA DE NÚMEROS AQUI. AUSENTE 99994 RECUSOU 99995 OUTRO 99996 COLE A 2A ETIQUETA DE NÚMEROS NO TDR.	COLE A 1A ETIQUETA DE NÚMEROS AQUI. AUSENTE 99994 RECUSOU 99995 OUTRO 99996 COLE A 2A ETIQUETA DE NÚMEROS NO TDR.
113	REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA AQUI E NOS FOLHETOS DE ANEMIA E MALÁRIA.	G/DL AUSENTE 994 RECUSOU 995 OUTRO 996	G/DL AUSENTE 994 RECUSOU 995 OUTRO 996	G/DL AUSENTE 994 RECUSOU 995 OUTRO 996
114	MARQUE O CÓDIGO TDR DE MALÁRIA.	TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 116) ←	TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 116) ←	TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 116) ←
115	REGISTE O RESULTADO DE TDR DE MALÁRIA AQUI E NOS FOLHETOS DE ANEMIA E MALÁRIA.	POSITIVO 1 (PASSE A 118) ← NEGATIVO 2	POSITIVO 1 (PASSE A 118) ← NEGATIVO 2	POSITIVO 1 (PASSE A 118) ← NEGATIVO 2

TESTAGEM DE HEMOGLOBINA E MALÁRIA PARA AS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS

		CRIANÇA 1	CRIANÇA 2	CRIANÇA 3
	VERIFIQUE NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR: NÚMERO DE ORDEM DA CRIANÇA NA COLUNA 9.	Nº DE ORDEM NOME _____	Nº DE ORDEM NOME _____	Nº DE ORDEM NOME _____
		OUTRO 6	OUTRO 6	OUTRO 6

TESTAGEM DE HEMOGLOBINA E MALÁRIA PARA AS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS

		CRIANÇA 1	CRIANÇA 2	CRIANÇA 3																																																																																	
	VERIFIQUE NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR: NÚMERO DE ORDEM DA CRIANÇA NA COLUNA 9.	Nº DE ORDEM NOME	Nº DE ORDEM NOME	Nº DE ORDEM NOME																																																																																	
116	VERIFIQUE 113: RESULTADO DE HEMOGLOBINA	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOU 4 OUTRO 6 (PASSE A 130) ←	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOU 4 OUTRO 6 (PASSE A 130) ←	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOU 4 OUTRO 6 (PASSE A 130) ←																																																																																	
117	REFERENCIAMENTO MÉDICO PARA ANEMIA SEVERA REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE ANEMIA NO FORMULÁRIO	O teste de anemia indica que o(a) (NOME DA CRIANÇA) tem anemia severa. O(A) (NOME DA CRIANÇA) está doente e precisa de cuidados médicos o mais rápido possível. (PASSE A 130)																																																																																			
118	(NOME DA CRIANÇA) tem algumas destas doenças ou sintomas?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">SIM</td> <td align="center">NÃO</td> </tr> <tr> <td>a) Muita fraqueza?</td> <td>a) MUITA FRAQUEZA 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) Problemas do coração?</td> <td>b) PROBLEMAS DO CORAÇÃO 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) Perda de consciência/desmaios?</td> <td>c) PERDA DE CONSCIÊNC. 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) Respiração rápida?</td> <td>d) RESPIRAÇÃO RÁPIDA 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) Convulsões ou ataques epiléticos?</td> <td>e) CONVULSÕES 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) Sangramento anormal?</td> <td>f) SANGRAMENTO ANORMAL 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) Icterícia / Olhos amarelados?</td> <td>g) ICTERÍCIA 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) Urina escura?</td> <td>h) URINA ESCURA 1</td> <td>2</td> </tr> </table>		SIM	NÃO	a) Muita fraqueza?	a) MUITA FRAQUEZA 1	2	b) Problemas do coração?	b) PROBLEMAS DO CORAÇÃO 1	2	c) Perda de consciência/desmaios?	c) PERDA DE CONSCIÊNC. 1	2	d) Respiração rápida?	d) RESPIRAÇÃO RÁPIDA 1	2	e) Convulsões ou ataques epiléticos?	e) CONVULSÕES 1	2	f) Sangramento anormal?	f) SANGRAMENTO ANORMAL 1	2	g) Icterícia / Olhos amarelados?	g) ICTERÍCIA 1	2	h) Urina escura?	h) URINA ESCURA 1	2	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">SIM</td> <td align="center">NÃO</td> </tr> <tr> <td>a) Muita fraqueza?</td> <td>a) MUITA FRAQUEZA 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) Problemas do coração?</td> <td>b) PROBLEMAS DO CORAÇÃO 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) Perda de consciência/desmaios?</td> <td>c) PERDA DE CONSCIÊNC. 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) Respiração rápida?</td> <td>d) RESPIRAÇÃO RÁPIDA 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) Convulsões ou ataques epiléticos?</td> <td>e) CONVULSÕES 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) Sangramento anormal?</td> <td>f) SANGRAMENTO ANORMAL 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) Icterícia / Olhos amarelados?</td> <td>g) ICTERÍCIA 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) Urina escura?</td> <td>h) URINA ESCURA 1</td> <td>2</td> </tr> </table>		SIM	NÃO	a) Muita fraqueza?	a) MUITA FRAQUEZA 1	2	b) Problemas do coração?	b) PROBLEMAS DO CORAÇÃO 1	2	c) Perda de consciência/desmaios?	c) PERDA DE CONSCIÊNC. 1	2	d) Respiração rápida?	d) RESPIRAÇÃO RÁPIDA 1	2	e) Convulsões ou ataques epiléticos?	e) CONVULSÕES 1	2	f) Sangramento anormal?	f) SANGRAMENTO ANORMAL 1	2	g) Icterícia / Olhos amarelados?	g) ICTERÍCIA 1	2	h) Urina escura?	h) URINA ESCURA 1	2	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">SIM</td> <td align="center">NÃO</td> </tr> <tr> <td>a) Muita fraqueza?</td> <td>a) MUITA FRAQUEZA 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) Problemas do coração?</td> <td>b) PROBLEMAS DO CORAÇÃO 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) Perda de consciência/desmaios?</td> <td>c) PERDA DE CONSCIÊNC. 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) Respiração rápida?</td> <td>d) RESPIRAÇÃO RÁPIDA 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) Convulsões ou ataques epiléticos?</td> <td>e) CONVULSÕES 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) Sangramento anormal?</td> <td>f) SANGRAMENTO ANORMAL 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) Icterícia / Olhos amarelados?</td> <td>g) ICTERÍCIA 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) Urina escura?</td> <td>h) URINA ESCURA 1</td> <td>2</td> </tr> </table>		SIM	NÃO	a) Muita fraqueza?	a) MUITA FRAQUEZA 1	2	b) Problemas do coração?	b) PROBLEMAS DO CORAÇÃO 1	2	c) Perda de consciência/desmaios?	c) PERDA DE CONSCIÊNC. 1	2	d) Respiração rápida?	d) RESPIRAÇÃO RÁPIDA 1	2	e) Convulsões ou ataques epiléticos?	e) CONVULSÕES 1	2	f) Sangramento anormal?	f) SANGRAMENTO ANORMAL 1	2	g) Icterícia / Olhos amarelados?	g) ICTERÍCIA 1	2	h) Urina escura?	h) URINA ESCURA 1	2
	SIM	NÃO																																																																																			
a) Muita fraqueza?	a) MUITA FRAQUEZA 1	2																																																																																			
b) Problemas do coração?	b) PROBLEMAS DO CORAÇÃO 1	2																																																																																			
c) Perda de consciência/desmaios?	c) PERDA DE CONSCIÊNC. 1	2																																																																																			
d) Respiração rápida?	d) RESPIRAÇÃO RÁPIDA 1	2																																																																																			
e) Convulsões ou ataques epiléticos?	e) CONVULSÕES 1	2																																																																																			
f) Sangramento anormal?	f) SANGRAMENTO ANORMAL 1	2																																																																																			
g) Icterícia / Olhos amarelados?	g) ICTERÍCIA 1	2																																																																																			
h) Urina escura?	h) URINA ESCURA 1	2																																																																																			
	SIM	NÃO																																																																																			
a) Muita fraqueza?	a) MUITA FRAQUEZA 1	2																																																																																			
b) Problemas do coração?	b) PROBLEMAS DO CORAÇÃO 1	2																																																																																			
c) Perda de consciência/desmaios?	c) PERDA DE CONSCIÊNC. 1	2																																																																																			
d) Respiração rápida?	d) RESPIRAÇÃO RÁPIDA 1	2																																																																																			
e) Convulsões ou ataques epiléticos?	e) CONVULSÕES 1	2																																																																																			
f) Sangramento anormal?	f) SANGRAMENTO ANORMAL 1	2																																																																																			
g) Icterícia / Olhos amarelados?	g) ICTERÍCIA 1	2																																																																																			
h) Urina escura?	h) URINA ESCURA 1	2																																																																																			
	SIM	NÃO																																																																																			
a) Muita fraqueza?	a) MUITA FRAQUEZA 1	2																																																																																			
b) Problemas do coração?	b) PROBLEMAS DO CORAÇÃO 1	2																																																																																			
c) Perda de consciência/desmaios?	c) PERDA DE CONSCIÊNC. 1	2																																																																																			
d) Respiração rápida?	d) RESPIRAÇÃO RÁPIDA 1	2																																																																																			
e) Convulsões ou ataques epiléticos?	e) CONVULSÕES 1	2																																																																																			
f) Sangramento anormal?	f) SANGRAMENTO ANORMAL 1	2																																																																																			
g) Icterícia / Olhos amarelados?	g) ICTERÍCIA 1	2																																																																																			
h) Urina escura?	h) URINA ESCURA 1	2																																																																																			
119	VERIFIQUE 118: PELO MENOS UM 'SIM' CIRCULADO?	<table border="0"> <tr> <td>NÃO</td> <td align="center">SIM</td> </tr> <tr> <td align="center">☐</td> <td align="center">☐</td> </tr> <tr> <td align="center">↓</td> <td align="center">↓</td> </tr> <tr> <td align="center">(PASSE A 122) ←</td> <td align="center">(PASSE A 122) ←</td> </tr> </table>	NÃO	SIM	☐	☐	↓	↓	(PASSE A 122) ←	(PASSE A 122) ←	<table border="0"> <tr> <td>NÃO</td> <td align="center">SIM</td> </tr> <tr> <td align="center">☐</td> <td align="center">☐</td> </tr> <tr> <td align="center">↓</td> <td align="center">↓</td> </tr> <tr> <td align="center">(PASSE A 122) ←</td> <td align="center">(PASSE A 122) ←</td> </tr> </table>	NÃO	SIM	☐	☐	↓	↓	(PASSE A 122) ←	(PASSE A 122) ←	<table border="0"> <tr> <td>NÃO</td> <td align="center">SIM</td> </tr> <tr> <td align="center">☐</td> <td align="center">☐</td> </tr> <tr> <td align="center">↓</td> <td align="center">↓</td> </tr> <tr> <td align="center">(PASSE A 122) ←</td> <td align="center">(PASSE A 122) ←</td> </tr> </table>	NÃO	SIM	☐	☐	↓	↓	(PASSE A 122) ←	(PASSE A 122) ←																																																									
NÃO	SIM																																																																																				
☐	☐																																																																																				
↓	↓																																																																																				
(PASSE A 122) ←	(PASSE A 122) ←																																																																																				
NÃO	SIM																																																																																				
☐	☐																																																																																				
↓	↓																																																																																				
(PASSE A 122) ←	(PASSE A 122) ←																																																																																				
NÃO	SIM																																																																																				
☐	☐																																																																																				
↓	↓																																																																																				
(PASSE A 122) ←	(PASSE A 122) ←																																																																																				
120	VERIFIQUE 113: RESULTADO DE HEMOGLOBINA	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 (PASSE A 122) ← 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOU 4 OUTRO 6	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 (PASSE A 122) ← 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOU 4 OUTRO 6	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 (PASSE A 122) ← 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOU 4 OUTRO 6																																																																																	
121	Nas últimas 2 semanas, (NOME DA CRIANÇA) tomou ou está tomando algum medicamento antimalárico dado por um médico ou centro de saúde? PEÇA PARA VER O MEDICAMENTO	SIM 1 (PASSE A 123) ← NÃO 2 (PASSE A 124) ←	SIM 1 (PASSE A 123) ← NÃO 2 (PASSE A 124) ←	SIM 1 (PASSE A 123) ← NÃO 2 (PASSE A 124) ←																																																																																	

TESTAGEM DE HEMOGLOBINA E MALÁRIA PARA AS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS

		CRIANÇA 1	CRIANÇA 2	CRIANÇA 3
	VERIFIQUE NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR: NÚMERO DE ORDEM DA CRIANÇA NA COLUNA 9.	Nº DE ORDEM NOME _____	Nº DE ORDEM NOME _____	Nº DE ORDEM NOME _____
122	REFERENCIAMENTO MÉDICO PARA MALÁRIA SEVERA REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE MALÁRIA NO FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO	O teste de malária indica que o(a) [NOME DA CRIANÇA] tem malária. Ele(a) tem sintomas de malária severa. Os medicamentos que nós temos disponíveis não ajudariam à criança e por isso não posso oferecer esses medicamentos. A sua criança está muito doente e precisa de atenção médica o mais rápido possível. (PASSE A 128)		
123	ACONSELHAMENTO MÉDICO PARA CRIANÇA QUE TOMOU OU ESTÁ TOMANDO TCA	O(A) [NOME] disse que o(a) (NOME DA CRIANÇA) tomou ou está a tomar antimalárico com base em artemisinina. Por isso não posso oferecer nenhum medicamento adicional. Contudo, o teste indica que a criança tem malária. Se a criança continuar com febre dois dias depois de ter tomado a última dose do antimalárico com base em artemisinina, terá que procurar o cuidado médico o mais rápido possível na unidade sanitária mais próxima. (PASSE A 130)		
124	LEIA O CONSENTIMENTO E INFORMAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO DE MALÁRIA AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL	O teste de malária indica que o(a) (NOME DA CRIANÇA) tem malária. Podemos dar-lhe um medicamento gratuito. O medicamento chama-se [NOME DE MEDICAMENTO DA PRIMEIRA LINHA]. O medicamento é opcional. Por favor diga-me se aceita ou não que a criança tome o medicamento.		
125	MARQUE A RESPOSTA E ASSINE SEU NOME (INQUIRIDOR(A)).	ACEITOU 1 _____ (ASSINE) RECUSOU 2 OUTRO 6	ACEITOU 1 _____ (ASSINE) RECUSOU 2 OUTRO 6	ACEITOU 1 _____ (ASSINE) RECUSOU 2 OUTRO 6
126	VERIFIQUE 125: ACEITOU O MEDICAMENTO	ACEITOU 1 RECUSOU 2 OUTRO 6 (PASSE A 130) ←	ACEITOU 1 RECUSOU 2 OUTRO 6 (PASSE A 130) ←	ACEITOU 1 RECUSOU 2 OUTRO 6 (PASSE A 130) ←
127	LEIA O CONSENTIMENTO E INFORMAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO DE MALÁRIA AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL	[INSERIR INSTRUÇÕES SOBRE A DOSE] DIGA AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL: Se o(a) (NOME DA CRIANÇA) tem febre alta, dificuldade em respirar ou respiração rápida ou se não come ou não amamenta, ou se tiver mais algum outro sintoma e não melhorar em dois dias, você terá que procurar cuidados médicos o mais rápido possível. (PASSE A 130)		
128	VERIFIQUE 113: NÍVEL DE HEMOGLOBINA	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOU 4 OUTRO 6 (PASSE A 130) ←	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOU 4 OUTRO 6 (PASSE A 130) ←	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOU 4 OUTRO 6 (PASSE A 130) ←
129	REFERENCIAMENTO MÉDICO PARA ANEMIA SEVERA REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE ANEMIA NO FORMULÁRIO	O teste de anemia indica que o(a) (NOME DA CRIANÇA) tem anemia severa. O(A) (NOME DA CRIANÇA) está doente e precisa de cuidados médicos o mais rápido possível.		
130	VOLTE A 103 DA COLUNA SEGUINTE DESTA QUESTIONÁRIO OU VOLTE A PRIMEIRA COLUNA DA PROXIMA PÁGINA; SE NÃO TIVER MAIS CRIANÇAS, FINALIZE A ENTREVISTA.			

TESTAGEM DE HEMOGLOBINA E MALÁRIA PARA AS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS

101	VERIFIQUE A COLUNA 9 DO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR. REGISTE O NÚMERO DE ORDEM E O NOME DE TODAS AS CRIANÇAS ELEGÍVEIS DE 0-5 ANOS NA PERGUNTA 102; SE TIVER MAIS DE SEIS CRIANÇAS, USE UM QUESTIONÁRIO ADICIONAL.			
		CRIANÇA 4	CRIANÇA 5	CRIANÇA 6
102	VERIFIQUE NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR: NÚMERO DE ORDEM NA COLUNA 9. NOME NA COLUNA 2	Nº DE ORDEM NOME	Nº DE ORDEM NOME	Nº DE ORDEM NOME
103	SE A MÃE FOI ENTREVISTADA: COPIA A DATA DE NASCIMENTO DA CRIANÇA (DIA, MÊS, ANO) SEGUNDO A ORDEM DE NASCIMENTO. SE A MÃE NÃO FOI ENTREVISTADA, PEÇA: Qual é a data de nascimento de (NOME)?	DIA MÊS ANO ...	DIA MÊS ANO ...	DIA MÊS ANO ...
104	VERIFIQUE 103: CRIANÇA NASCEU ENTRE 2013-2018?	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 130) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 130) ←	SIM 1 NÃO 2 (PASSE A 130) ←
105	VERIFIQUE 103: CRIANÇA TEM 0-5 MESES DE IDADE, I.E., A CRIANÇA NASCEU NO MÊS DA ENTREVISTA OU NOS 5 MESES ANTERIORES?	0-5 MESES 1 (PASSE A 130) ← MAIOR 2	0-5 MESES 1 (PASSE A 130) ← MAIOR 2	0-5 MESES 1 (PASSE A 130) ← MAIOR 2
106	NÚMERO DE ORDEM DA MÃE, PAI, OU ADULTO RESPONSÁVEL NA COLUNA 1 NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR	Nº DE ORDEM (REGISTE '00' SE NÃO LISTADO)	Nº DE ORDEM (REGISTE '00' SE NÃO LISTADO)	Nº DE ORDEM (REGISTE '00' SE NÃO LISTADO)
107	PEÇA CONSENTIMENTO AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA PARA O TESTE DE ANEMIA.	Como parte deste inquérito, estamos a pedir aos participantes, em todo o país, a realizar um teste de anemia. A anemia é um problema grave para a saúde que geralmente é causada por má nutrição, infecção, ou uma doença crónica. Este inquérito ajudará o governo a desenvolver programas para a prevenção e tratamento da anemia. Solicitamos a participação de todas as crianças dos 6 meses aos 5 anos, permitindo a recolha de uma amostra de sangue do dedo ou do calcanhar. Para o efeito todo material a usar durante a colheita é novo, esterilizado e completamente seguro, e será descartado/posto no lixo logo depois do teste. A amostra para anemia será testada agora mesmo, o(a) (NOME) receberá o resultado dentro de alguns minutos. O resultado é estritamente confidencial e não será partilhado com ninguém além dos membros da equipa de trabalho. O(A) (NOME) tem alguma pergunta? Aceita ou não aceita que (NOME DA CRIANÇA) participe no teste de anemia?		
108	MARQUE A RESPOSTA DO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL E ASSINE SEU NOME	ACEITA 1 (ASSINATURA) RECUSOU 2 AUSENTE/OUTRO 3	ACEITA 1 (ASSINATURA) RECUSOU 2 AUSENTE/OUTRO 3	ACEITA 1 (ASSINATURA) RECUSOU 2 AUSENTE/OUTRO 3

TESTAGEM DE HEMOGLOBINA E MALÁRIA PARA AS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS

		CRIANÇA 4	CRIANÇA 5	CRIANÇA 6
	VERIFIQUE NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR: NÚMERO DE ORDEM DA CRIANÇA NA COLUNA 9.	Nº DE ORDEM NOME _____	Nº DE ORDEM NOME _____	Nº DE ORDEM NOME _____
109	PEÇA CONSENTIMENTO AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA PARA O TESTE DE MALÁRIA.	Como parte deste inquérito, estamos a pedir aos participantes, em todo o país, a realizar um teste de malária. A malária é uma doença grave causada por um parasita transmitido por picada de mosquitos. Este inquérito ajudará ao governo a desenvolver programas para a prevenção da malária. Solicitamos a participação de todas as crianças nascidas em [2013 OU ANO APROPRIADO] ou depois, permitindo a recolha de uma amostra de sangue do dedo ou do calcanhar para o teste de malária. O sangue vai ser testada imediatamente, e você vai receber o resultado agora mesmo. O resultado é estritamente confidencial e não será partilhado com ninguém além dos membros da equipa de trabalho. O(A) (NOME) tem alguma pergunta? Pode dizer sim ou não. A escolha depende de você. Aceita ou não aceita que (NOME DA CRIANÇA) participe no teste de malária?		
110	MARQUE A RESPOSTA, ASSINE SEU NOME, E SEU NÚMERO DE INQUIRIDOR(A).	ACEITA 1 RECUSOU 2 (ASSINE E INTRODUZA Nº INQ.) AUSENTE/OUTRO 3	ACEITA 1 RECUSOU 2 (ASSINE E INTRODUZA Nº INQ.) AUSENTE/OUTRO 3	ACEITA 1 RECUSOU 2 (ASSINE E INTRODUZA Nº INQ.) AUSENTE/OUTRO 3
111	SOMENTE PARA O(S) TESTE(S) EM QUE CONSENTIMENTO FOI OBTIDO, PREPARE OS MATERIAIS NECESSÁRIOS E PROCEDA O(S) TESTE(S).			
112	COLE A ETIQUETA DE NÚMEROS PARA TESTAGEM DE MALÁRIA.	COLE A 1A ETIQUETA DE NÚMEROS AQUI. AUSENTE 99994 RECUSOU 99995 OUTRO 99996 COLE A 2A ETIQUETA DE NÚMEROS NO TDR.	COLE A 1A ETIQUETA DE NÚMEROS AQUI. AUSENTE 99994 RECUSOU 99995 OUTRO 99996 COLE A 2A ETIQUETA DE NÚMEROS NO TDR.	COLE A 1A ETIQUETA DE NÚMEROS AQUI. AUSENTE 99994 RECUSOU 99995 OUTRO 99996 COLE A 2A ETIQUETA DE NÚMEROS NO TDR.
113	REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA AQUI E NOS FOLHETOS DE ANEMIA E MALÁRIA.	G/DL AUSENTE 994 RECUSOU 995 OUTRO 996	G/DL AUSENTE 994 RECUSOU 995 OUTRO 996	G/DL AUSENTE 994 RECUSOU 995 OUTRO 996
114	MARQUE O CÓDIGO TDR DE MALÁRIA.	TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 116) ←	TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 116) ←	TESTADO 1 AUSENTE 2 RECUSOU 3 OUTRO 6 (PASSE A 116) ←

TESTAGEM DE HEMOGLOBINA E MALÁRIA PARA AS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS

		CRIANÇA 4	CRIANÇA 5	CRIANÇA 6
	VERIFIQUE NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR: NÚMERO DE ORDEM DA CRIANÇA NA COLUNA 9.	Nº DE ORDEM NOME	Nº DE ORDEM NOME	Nº DE ORDEM NOME
115	REGISTE O RESULTADO DE TDR DE MALÁRIA AQUI E NOS FOLHETOS DE ANEMIA E MALÁRIA.	POSITIVO 1 (PASSE A 118) ← NEGATIVO 2 OUTRO 6	POSITIVO 1 (PASSE A 118) ← NEGATIVO 2 OUTRO 6	POSITIVO 1 (PASSE A 118) ← NEGATIVO 2 OUTRO 6
116	VERIFIQUE 113: RESULTADO DE HEMOGLOBINA	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOL 4 OUTRO 6 (PASSE A 130) ←	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOL 4 OUTRO 6 (PASSE A 130) ←	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOL 4 OUTRO 6 (PASSE A 130) ←
117	REFERENCIAMENTO MÉDICO PARA ANEMIA SEVERA REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE ANEMIA NO FORMULÁRIO	O teste de anemia indica que o(a) (NOME DA CRIANÇA) tem anemia severa. O(A) (NOME DA CRIANÇA) está doente e precisa de cuidados médicos o mais rápido possível. (PASSE A 130)		
118	(NOME DA CRIANÇA) tem algumas destas doenças ou sintomas?	SIM NÃO a) MUITA FRAQUEZA 1 2 b) PROBLEMAS DO CORAÇÃO 1 2 c) PERDA DE CONSCIÊNCIA/desmaios? 1 2 d) RESPIRAÇÃO RÁPIDA 1 2 e) CONVULSÕES ou ataques epiléticos? 1 2 f) Sangramento anormal? 1 2 g) Icterícia / Olhos amarelados? 1 2 h) Urina escura? 1 2	SIM NÃO a) MUITA FRAQUEZA 1 2 b) PROBLEMAS DO CORAÇÃO 1 2 c) PERDA DE CONSCIÊNCIA 1 2 d) RESPIRAÇÃO RÁPIDA 1 2 e) CONVULSÕES 1 2 f) SANGRAMENTO ANORMAL 1 2 g) ICTERÍCIA 1 2 h) URINA ESCURA 1 2	SIM NÃO a) MUITA FRAQUEZA 1 2 b) PROBLEMAS DO CORAÇÃO 1 2 c) PERDA DE CONSCIÊNCIA 1 2 d) RESPIRAÇÃO RÁPIDA 1 2 e) CONVULSÕES 1 2 f) SANGRAMENTO ANORMAL 1 2 g) ICTERÍCIA 1 2 h) URINA ESCURA 1 2
119	VERIFIQUE 118: PELO MENOS UM 'SIM' CIRCULADO?	NÃO SIM ☐ ↓ (PASSE A 122) ←	NÃO SIM ☐ ↓ (PASSE A 122) ←	NÃO SIM ☐ ↓ (PASSE A 122) ←
120	VERIFIQUE 113: RESULTADO DE HEMOGLOBINA	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 (PASSE A 122) ← 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOU 4 OUTRO 6	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 (PASSE A 122) ← 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOU 4 OUTRO 6	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 (PASSE A 122) ← 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOU 4 OUTRO 6
121	Nas últimas 2 semanas, (NOME DA CRIANÇA) tomou ou está tomando algum medicamento antimalárico dado por um médico ou centro de saúde? PEÇA PARA VER O MEDICAMENTO	SIM 1 (PASSE A 123) ← NÃO 2 (PASSE A 124) ←	SIM 1 (PASSE A 123) ← NÃO 2 (PASSE A 124) ←	SIM 1 (PASSE A 123) ← NÃO 2 (PASSE A 124) ←

TESTAGEM DE HEMOGLOBINA E MALÁRIA PARA AS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS

		CRIANÇA 4	CRIANÇA 5	CRIANÇA 6
	VERIFIQUE NO QUESTIONÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR: NÚMERO DE ORDEM DA CRIANÇA NA COLUNA 9.	Nº DE ORDEM NOME	Nº DE ORDEM NOME	Nº DE ORDEM NOME
122	REFERENCIAMENTO MÉDICO PARA MALÁRIA GRAVE REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE MALÁRIA NO FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO	O teste de malária indica que o(a) [NOME DA CRIANÇA] tem malária. Ele(a) tem sintomas de malária severa. Os medicamentos que nós temos disponíveis não ajudariam à criança e por isso não posso oferecer esses medicamentos. A sua criança está muito doente e precisa de atenção médica o mais rápido possível. (PASSE A 128)		
123	ACONSELHAMENTO MÉDICO PARA CRIANÇA QUE TOMOU OU ESTÁ TOMANDO TCA	O(A) [NOME] disse que o(a) (NOME DA CRIANÇA) tomou ou está a tomar antimalárico com base em artemisinina. Por isso não posso oferecer nenhum medicamento adicional. Contudo, o teste indica que a criança tem malária. Se a criança continuar com febre dois dias depois de ter tomado a última dose do antimalárico com base em artemisinina, terá que procurar o cuidado médico o mais rápido possível na unidade sanitária mais próxima. (PASSE A 130)		
124	LEIA O CONSENTIMENTO E INFORMAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO DE MALÁRIA AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL	O teste de malária indica que o(a) (NOME DA CRIANÇA) tem malária. Podemos dar-lhe um medicamento gratuito. O medicamento chama-se [NOME DE MEDICAMENTO DA PRIMEIRA LINHA]. O medicamento é opcional. Por favor diga-me se aceita ou não que a criança tome o medicamento.		
125	MARQUE A RESPOSTA E ASSINE SEU NOME (INQUIRIDOR(A)).	ACEITOU 1 _____ (ASSINE) RECUSOU 2 OUTRO 6	ACEITOU 1 _____ (ASSINE) RECUSOU 2 OUTRO 6	ACEITOU 1 _____ (ASSINE) RECUSOU 2 OUTRO 6
126	VERIFIQUE 125: ACEITOU O MEDICAMENTO	ACEITOU 1 RECUSOU 2 OUTRO 6 (PASSE A 130) ←	ACEITOU 1 RECUSOU 2 OUTRO 6 (PASSE A 130) ←	ACEITOU 1 RECUSOU 2 OUTRO 6 (PASSE A 130) ←
127	LEIA O CONSENTIMENTO E INFORMAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO DE MALÁRIA AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL	[INSERIR INSTRUÇÕES SOBRE A DOSE] DIGA AO PAI/MÃE/ADULTO RESPONSÁVEL: Se o(a) (NOME DA CRIANÇA) tem febre alta, dificuldade em respirar ou respiração rápida ou se não come ou não amamenta, ou se tiver mais algum outro sintoma e não melhorar em dois dias, você terá que procurar cuidados médicos o mais rápido possível. (PASSE A 130)		
128	VERIFIQUE 113: NÍVEL DE HEMOGLOBINA	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOL 4 OUTRO 6 (PASSE A 130) ←	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOL 4 OUTRO 6 (PASSE A 130) ←	MENOR DE 8.0 G/DL, ANEMIA SEVERA ... 1 8.0 G/DL OU MAIOR ... 2 AUSENTE 3 RECUSOL 4 OUTRO 6 (PASSE A 130) ←
129	REFERENCIAMENTO MÉDICO PARA ANEMIA SEVERA REGISTE O RESULTADO DO TESTE DE ANEMIA NO FORMULÁRIO	O teste de anemia indica que o(a) (NOME DA CRIANÇA) tem anemia severa. O(A) (NOME DA CRIANÇA) está doente e precisa de cuidados médicos o mais rápido possível.		
130	VOLTE A 103 DA COLUNA SEGUINTE DESTA QUESTIONÁRIO OU VOLTE A PRIMEIRA COLUNA DA PROXIMA PÁGINA; SE NÃO TIVER MAIS CRIANÇAS, FINALIZE A ENTREVISTA.			

PREENCHA DEPOIS DE TERMINAR TODOS OS TESTES BIOMÉTRICOS

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue 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.
