

STUDY STUDYID	SUBJECTID USUBJID	SITE SITEID	Dangassa
SMC adherence and compliance			
VISIT DATE ^{1,2} : _ _ - _ _ - _ _ (DD-MMM-YYYY) VISIT 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> VISDAT			
Personne interrogée : /____/ 1=Père 2=Mère 3=Tuteur 4=Autre (préciser) : _____			
Age groups 1 <input type="checkbox"/> (3-59 month) 2 <input type="checkbox"/> (60-119 month)			
Adhésion au traitement			
Dans les 7 jours précédents l'enfant a-t-il été vu par l'agent de santé pour la campagne de la CPS ?			____ 1=Oui 2=Non
Si non, quelle en était la principale raison ?		____ 1=Voyage 2=Trop occupé/non disponible pour amener l'enfant 3=Oubli du jour de la campagne 4=Ne savait pas où aller 5=L'agent de santé n'a jamais visité la maison 6=Enfant malade 7=Autre _____	
L'enfant a-t-il reçu une carte CPS ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Est-ce que la carte CPS de l'enfant est disponible ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si non, donner les raisons ?		____ 1=Perdu 2=Parent/tuteur absent 3=Carte non remise 4=Autres : _____	
Vérifiez sur la carte CPS si l'enfant a reçu SP+AQ pour ce passage		____ 1=Reçu, 2=Non reçu	
Si carte non vue, l'enfant a-t-il quand même reçu la dose SP+AQ selon les parents ?		<input type="checkbox"/> Reçu <input type="checkbox"/> Non reçu	
Si SP+AQ non reçu sur la carte, pourquoi ? <i>Donner la principale raison.</i>		____ 1= Enfant malade 2=Allergie au médicament 3= L'agent n'a pas noté sur la carte 4=Autre _____	
La dose de J1 a-t-elle été vomie /rejetée ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si la dose a été vomie /rejetée une dose de remplacement a-t-elle été donnée ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si une dose de remplacement du 1 ^{er} jour a été donnée, cette dose a-t-elle été vomie/rejetée ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Est-ce que l'enfant a pris la dose de médicament du 2 ^{ème} jour au cours de ce passage ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si médicament du 2 ^{ème} jour n'a pas été pris, pourquoi ?		____ 1=Oubli de donner 2=Dose non retrouvée	

¹ Visit date pertains to all information collected on day of enrolment / visit 1

² All dates to be recorded as DD-MMM-YYYY

STUDY STUDYID	SUBJECTID USUBJID	SITE SITEID	Dangassa
<i>Donner la principale raison.</i>		3=Dose donnée à un autre enfant 4=Veut garder pour une maladie future 5=Autre _____	
La dose du 2 ^{ème} jour a-t-elle été vomie/rejetée ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Une dose de remplacement du 2 ^{ème} jour a été donnée ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Est-ce l'enfant a reçu la dose du 3 ^{ème} jour des médicaments de la CPS au cours de ce passage ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si le médicament du 3 ^{ème} jour n'a pas été pris, pourquoi ?		____ 1=Oubli de donner 2=Dose non retrouvée 3=Dose donnée à un autre enfant 4=Veut garder pour une maladie future 5=Autre _____	
La dose du 3 ^{ème} jour a-t-elle été vomie/rejetée ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si une dose de remplacement du 3 ^{ème} jour a été donnée, cette dose a-t-elle été vomie/rejetée ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Est-ce que je peux voir le reste des médicaments que vous deviez donner à l'enfant ?		____ 1=Reste 2 doses 2=Reste 1 dose 3=Emballage vu et vide 4=Ni dose ni emballage disponible	
Effets secondaires et conduite à tenir			
Est-ce que l'enfant a fait de la fièvre dans les 2 derniers jours avant de voir l'agent de santé au cours de la campagne de la CPS ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si fièvre, est-ce que l'agent de santé a pris du sang de l'enfant au doigt ou au talon à l'aide		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Quel a été le résultat du test ?		<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas	
Est-ce que l'agent de santé a donné des médicaments pour la maladie de l'enfant ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Quels médicaments l'agent de santé a donné à l'enfant <i>Montrer des échantillons de ces médicaments</i>		____ 1=SP-AQ (Médicament de la CPS) 2=AL (Artéméther – Luméfantrine) 3=Quinine 4=Autre _____	
Est-ce que l'enfant a eu les symptômes suivants depuis le 1er jour d'administration des médicaments de la CPS? <i>Cocher dans toutes les cases correspondant aux symptômes cités</i>		1=Diarrhées /____/ 2=Vomissements /____/ 3=Fatigue/ faiblesse /____/ 4=Douleur abdominale /____/ 5=Démangeaison /____/ 6= Ictère/jaunisse /____/ 7=Autre _____ 8=Aucun /____/	

STUDY STUDYID	SUBJECTID USUBJID	SITE SITEID	Dangassa
Pensez-vous que ces symptômes étaient liés à la prise des médicaments de la CPS ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Avez-vous fait consulter l'enfant quelque part pour ces symptômes ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, combien de temps avez-vous pris pour aller consulter ?		/_____/	
		1=le même jour	
		2=le jour suivant	
		3=plus de deux jours	
Si non, pourquoi ?		Ca va passer /_____/	
		Manque de moyen /_____/	
		Autres _____	
		Rien /_____/	
L'enfant a-t-il dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit dernière?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Opinion sur la CPS			
Pensez-vous que la CPS est :		<input type="checkbox"/> Très bonne <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Sans opinion	
Pensez-vous que la CPS devrait continuer dans le futur ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
Pensez-vous qu'il y a des choses à améliorer pour que la CPS soit encore plus efficace dans le futur ?		_____ _____	
Pensez-vous que les agents distributeurs font correctement leur travail ?		_____ _____	
Avez-vous des commentaires ?			