



10903

Numero de depistage

Date de depistage

FORMULAIRE DE DEPISTAGE

Nom de la femme

Initiales

Age (annees)

Centre de recrutement:

Résidence de la femme

1. Est-ce sa première ou deuxième grossesse ?

Oui Non

2. Sa grossesse est au moins à 16 semaines et pas plus de 24 semaines.

3. Elle n'a pas commencé à prendre la SP-IPT

4. Elle est résidente dans la région où l'étude se déroule

5. Elle est disposée à participer et à compléter le programme d'étude?

6. Elle a eu de façon répétée des mort-nés, une éclampsie ou autre antécédents obstétricaux fâcheux dans le passé?

7. Elle a eu des réactions défavorables graves dues aux drogues comme le Septrin ou le Fansidar dans le passé.?

8. Elle a le paludisme ou toute autre maladie assez grave exigeant l'admission à l'hôpital?

Si les réponses aux questions 1 - 5 sont toutes OUI et aux questions 6 - 8 sont toutes NON, le PI/clinicien ou sage femme devra inviter la femme enceinte à joindre l'étude: Sinon la femme recevra les soins prénatals de routine selon les directives nationales.

La température du corps

Tension artérielle (mmHg)

Est-ce que la femme est cliniquement en bonne santé et exempte de maladie grave ? illness?

Oui Non

INFORMATION PRINCIPALE de LABORATOIRE (si disponible)

Espèce du parasite	Compte de parasites (Formes asexuées seulement)	
<i>Plasmodium falciparum</i>	<input type="text"/> /200 WBC	<input type="text"/> per l
Niveau d'hémoglobine	<input type="text"/> g/dl	

Femme éligible: ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si éligible, mais pas randomisée, donnez les	NUMERO D'IDENTIFICATION <input type="text"/> - <input type="text"/>	
Femme randomisée ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>			Decline le consentement <input type="checkbox"/>
Groupe d'Intervention (si randomisée):	IPTp <input type="checkbox"/> IST <input type="checkbox"/>			Non convaincue <input type="checkbox"/>
		Besoin de consulter la famille <input type="checkbox"/>		
		La famille de la femme a refusé le consentement <input type="checkbox"/>		

Initiales du Clinicien/Sage femme:

Signature

Date (DD/MM/YYYY)

10903

