



10903

Numero de depistage

--	--	--	--	--

Date de depistage

--	--	--	--	--	--	--	--

# FORMULAIRE DE DEPISTAGE

Nom de la femme	
Initiales	Age (annees)
Centre de recrutement:	
Résidence de la femme	

		Oui	Non
1. Est-ce sa première ou deuxième grossesse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sa grossesse est au moins à 16 semaines et pas plus de 24 semaines.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Elle n'a pas commencé à prendre la SP-IPT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Elle est résidente dans la région où l'étude se déroule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Elle est disposée à participer et à compléter le programme d'étude?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Elle a eu de façon répétée des mort-nés, une éclampsie ou autre antécédents obstétricaux fâcheux dans le passé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Elle a eu des réactions défavorables graves dues aux drogues comme le Septrin ou le Fansidar dans le passé.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Elle a le paludisme ou toute autre maladie assez grave exigeant l'admission à l'hôpital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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>		/200 WBC	
Niveau d'hémoglobine	per µl		
		.	
	g/dl		

Femme éligible: ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span> Femme randomisée ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A</span> Groupe d'intervention (si randomisée): <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> IPTp <input type="checkbox"/> IST</span>	Si éligible, mais pas randomisée, donnez les Decline le consentement <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"/>	NUMERO D'IDENTIFICATION <table style="width: 100%; border: 1px solid black;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="7"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																

Initiales du Clinicien/Sage femme:

--	--	--

Signature

Date (DD/MM/YYYY)

--	--	--	--	--	--	--

10903

