**DCF02- Traitement de l'Enfant**

Q1. Date prévue du traitement *requis*

Q2. Est-ce que l'enfant est disponible pour recevoir le traitement au moment de la visite? *requis*

* Oui (procéder avec le traitement)
* Non, l'enfant est temporairement à l'extérieur (mais toujours un membre du ménage) (stop et revenir plus tard)
* Non, l’enfant est sévèrement malade et sera référé vers un CSCom (l’équipe ne reviendra pas à ce cycle de MDA)

Q3. Est-ce que l'enfant est allergique aux macrolides? (rapporté ou vérifié sur un document) *requis*

* Oui (pas eligible - stop et continuer avec l'enfant suivant)
* Non

Q4. Est-ce que le parent/tuteur a donné son consentement pour l'enfant? *requis*

* Oui
* Non (stop et poursuivre avec l'enfant suivant)
* Non – le parent/tuteur n'est pas autorisé à donner le consentement (stop et revenir plus tard)

Q5. le code-barres du médicament est-il disponible? *requis*

* Oui
* Non

Q5.1. Code-barres de la bouteille *requis*

Q5.1 Numéro de bouteille *requis*

Q5.2 Code de lettre de médicament réellement disponible *requis*

Q7. Quel est le poids de l'enfant (Donnez la valeur en Kg avec 2 décimales placées après un point) *requis*

*Le poids de l'enfant semble assez élevé : \_\_\_\_ Veuillez vérifier que vous avez inséré le poids correct, puis continuez.*

Q8. Confirmez le poids de l'enfant (Donnez la valeur en Kg avec 2 décimales placées après un point) *requis*

Q9. La dose prévue du traitement à donner à l'enfant est \_\_\_\_ ml.

Q10. Qui est chargé d'administrer le médicament ? *requis*

* Le collecteur de données dans le ménage
* L'infirmière de l'étude à la structure de santé

Q11. Est-ce que l'enfant a reçu le traitement ? *requis*

* Oui
* Non, l'enfant était sévèrement malade et a été référé à un CSCom
* Non, l'enfant présentait des symptômes de maladie, l'équipe reviendra plus tard pour le traitement
* Non, l'enfant a refusé
* Non, le parent/tuteur a changé d'avis
* Non, il n'y a pas de traitement disponible
* Non, autre raison

Q11.1 Si autre raison, expliquez *requis*

Q12. Dose réelle administrée (ml. une décimale) *requis*

* La dose donnée est correcte
* La dose donnée n'était pas la même que la dose prévue. \*\*Veuillez donner une explication\*\* *requis*

Q13. Heure à laquelle la dose a été administrée *requis*

Q14. Notez toutes autres informations additionnelles :

*Formulaire complété. \*\*Svp Continuez avec le formulaire DCF03 - Historique des Vaccinations\*\**