

LAKANA trial

Data collection form 02b: Child Treatment at the health facility (Sub-study).

Version 1.0, 08 Octobre 2020

Section Header	Num.	Question Text	Question Responses	Required
		Instructions : Ce formulaire est à compléter par l'infirmier(e) à l'établissement de santé temporaire		
Information sur la visite	[1]	Date		Yes
Information sur l'enfant	[2]	ID de l'enfant		Yes
Administration du médicament	[3]	Est-ce que l'enfant a reçu le traitement ?	1, Oui 2, Non, l'enfant était malade 3, Non, l'enfant a refusé 4, Non, le parent/tuteur a changé d'avis 5, Non, il n'y a pas de traitement disponible 6, Non, autre raison	Yes
	[4]	Si autre raison, expliquez		Yes (if [3], 6)
	[5]	Dose réelle administrée	décimal	Yes (if [3], 1)
	[6]	Heure à laquelle la dose a été administrée		Yes (if [3], 1)
Commentaires généraux	[7]	Notez toutes autres informations additionnelles	texte	