

FORMULAIRE DE SELECTION ENROLEMENT

| | | | |
|-----------------------|---|---|---------------------------------|
| Site de l'Etude: | <input type="checkbox"/> Saponé | <input type="checkbox"/> Kaya | Village: |
| | <input type="checkbox"/> Femme enceinte | <input type="checkbox"/> Femme non enceinte | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Enquête Transversale: | <input type="checkbox"/> Saison pluvieuse | <input type="checkbox"/> Saison sèche | |

Date (DD/MMM/YYYY): |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

I. Données Démographiques

Nom: _____

ID DSS: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° de Sélection: |_|_|_|-|_|_|_|_|

Date de naissance: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| or Age: |_|_| ans **Initiales:** |_|_|_|_|

II. Explication et signature du consentement

1. Le participant a-t-il été informé au sujet de l'étude? Oui, Non

2. Le participant ou le RLA a-t-il signé le formulaire de consentement? Oui, Non

Si oui, compléter la date de signature du consentement: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Si applicable, compléter la date de signature de l'assentiment: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

III. Histoire médicale actuelle

1. Le participant a-t-il un problème de santé connu? Yes, No

Si oui, spécifier: -----

2. Existe-t-il une fièvre ou histoire de fièvre des dernières 24h? Yes, No

3. Le participant a-t-il reçu un antipaludique au cours des 14 derniers jours? Yes, No

Si oui, spécifier le nom du médicament: -----

3. Le participant a-t-il migré hors de la zone d'étude au cours des 3 derniers mois? Yes, No

IV. Histoire Obstétricale NA

1. Etes-vous déjà tombée enceinte? Yes, No

Si oui, compléter le reste de la section ci-dessous:

2. Nombre total de grossesses (incluant la présente): |_|_|_|_|

3. Nombre total d'enfants vivants (parité): |_|_|_|_|

4. Nombre de grossesses > 28 semaines |_|_|_|_|: Naissance vivante |_|_|_|_| Fausse couche |_|_|_|_|

5. Nombre de grossesses < 28 semaines |_|_|_|_|: Avortement |_|_|_|_| interruption |_|_|_|_|

FORMULAIRE DE SELECTION ENROLEMENT

V. Histoire prénatale (de la présente grossesse): NA

1. Nombre de consultations pénales (CPN) déjà réalisées: |_|_|_|
2. Date de la première CPN: |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_| CSPS/CM: _____
3. Date de visite de la CPN la plus récente: |_|_|_|/|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|
4. Nombre de doses de TPI (Traitement Préventif Intermittent de la femme enceinte): |_|_|_|
5. Date de la dose de TPI la plus récente: |_|_|_|/|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|,
6. taux d'Hb (g/dl) le plus récent: |_|_|_| Date: |_|_|_|/|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|
7. Prise d'antipaludique au cours des deux dernières semaines: oui, Non
 Si oui, Spécifier le médicament: AL, Autre.....
 et date du traitement: |_|_|_|/|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|,
8. Suppléments: Non, Fer, Acide Folique, Vitamines
9. Nombre d'épisode de paludisme Durant cette grossesse: |_|_|_|
 - a. Date épisode 1: |_|_|_|/|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|,
 Confirmé par TDR: Oui, Non
 Prise d'antipaludique: AL, Autre.....
 - b. Date episode 2: |_|_|_|/|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|, oui, Non
 Confirmé par TDR: Oui, Non
 Prise d'antipaludique: AL, Autre.....
 - c. Date episode 3: |_|_|_|/|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|, oui, Non
 Confirmé par TDR: Oui, Non
 Prise d'antipaludique: AL, Autre.....
 Traitement antipaludique actuel : Yes, No
 Si oui, spécifier la date: |_|_|_|/|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|,
10. Autres traitements récus pendant cette grossesse: NA
 - a. date début: |_|_|_|/|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|
 date fin: |_|_|_|/|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_| Raison:
 - b. date début: |_|_|_|/|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|
 date fin: |_|_|_|/|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_| Raison:
 - c. date début: |_|_|_|/|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|
 date fin: |_|_|_|/|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_| Raison:

11. Age estimatif de la grossesse:

Date des dernières règles |_|_|_|/|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|

Age gestationnel estimative à l'enrôlement: |_|_|_| Semaines

Hauteur utérine: |_|_|_| cm

Estimé par:

Biométrie foetale:

.....

Note:

Date échographique estimative de l'accouchement |_|_|_|/|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|

FORMULAIRE DE SELECTION ENROLEMENT

VI. Examen Medical

Poids: |_|_|_|, |_| kg taille: |_|_|_|cm IMC: |_|_|, |_| Kg/m²
 Température: |_|_|, |_|°C Presence de fièvre /d'historie de fièvre: Oui, Non
 Tension Arterielle: |_|_|_|/|_|_|_|mmHg Pouls: |_|_|_|batt./min

VII. Critères d'inclusion et de non-inclusion: éligibilité pour l'étude

| Critère d'inclusion | | |
|---------------------------|--|--|
| 1. | <i>La femme enceinte est-elle éligible pour l'enrôlement?</i> | <input type="checkbox"/> NA |
| | Sujet âgée ≥15-40 ans | <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non |
| | Sujet volontaire pour les prélèvements sanguins de cette étude? | <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non |
| | Sujet or RLA a t-il signé le consentement? | <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non |
| 2. | <i>La femme non enceinte est-elle éligible pour l'enrôlement?</i> | <input type="checkbox"/> NA |
| | Sujet âgée ≥15-40 ans | <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non |
| | Sujet volontaire pour les prélèvements sanguins de cette étude? | <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non |
| | Sujet or RLA a t-il signé le consentement? | <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non |
| | Le test urinaire de grossesse est-il negative? | <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non |
| 3. | <i>L'enfant d'âge scolaire est-il éligible pour l'enrôlement?</i> | <input type="checkbox"/> NA |
| | Sujet âgé ≥5-14 ans | <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non |
| | Sujet volontaire pour les prélèvements sanguins de cette étude? | <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non |
| | Sujet or RLA a t-il signé le consentement? | <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non |
| | Le test urinaire de grossesse est-il negative? | <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non |
| Critères de non inclusion | | |
| | Paludisme compliqué (basé sur les critères OMS) | <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non |
| | Participation précédente ou actuel à un essai de vaccin antipaludique | <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non |
| | Sujet sous chimioprophylaxie (exemple, sujets avec Drépanocytose) | <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non |
| | Transfusion sanguine récente (dans les 3 derniers mois) | <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non |

Le participant est-il éligible pour l'étude? Oui, Non

Si oui, alors, poursuivre le reste du questionnaire.

Si non, arrêter le questionnaire ici, et référer le participant pour sa prise en charge s'il y a lieu.

VIII. Evaluations de Laboratoire

- a. Le test urinaire de grossesse a t-il été réalisé? NA,
 Non, mais confirmé précédemment par
 Oui, Si oui, préciser le résultat: |_| | 1=Positif, 2=Négatif, 3=Invalide

FORMULAIRE DE SELECTION ENROLEMENT

b. Blood sampling

| Blood sampling | Volume | Sampling performed |
|--|--|--|
| Goutte épaisse / frottis sanguin | 20µL | <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non |
| RDT (if applicable: Fever or reported fever) | 5µL | <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non |
| Hb | 20µL | <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non |
| Sang dans un tampon RNA protect | 200 µL (2 aliquots of 100 µL) | <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non |
| Taux sanguin de SP | 100 µL | <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non |
| PfHRP-2 et autres marqueurs clinique | 100 µL (50 – 60 µL de plasma + pellet) | <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non |
| Papier filtre pour l'analyse moléculaire des parasites et dosages immunologiques | 60 µL | <input type="checkbox"/> Oui, <input type="checkbox"/> Non |

IX. Enrôlement du participant dans l'étude

Le sujet a-t-il été enrôlé? Oui, Non

Si oui, Préciser son N° d'étude: **IMH|_|_|_|- P** (“-P” pour participante enceinte)

IMH|_|_|_|- NP (“-NP” pour participante Non enceinte)

IMH|_|_|_|- C (“-C” pour participant enfant)

Si femme enceinte:

La participante a-t-elle été enrôlé : Primigravidae Secundigravidae Multigravidae?

Commentaire:

FORMULAIRE DE SELECTION ENROLEMENT

X. Facteurs de risque du paludisme

1. Utilisation des moustiquaires :

Dormez-vous sous habituellement sous une moustiquaire? Oui, Non

Avez-vous dormi sous une moustiquaire la nuit précédente? Oui, Non

Si non, donnez la raison:

Si Oui, spécifier les conditions/l'état de la moustiquaire:

Age de la moustiquaire: |_|_| (mois),

Origine de la moustiquaire: PNLP, Commerciale

Nom de marque de la moustiquaire:

Intégrité de la moustiquaire: Entière, Trouée, Déchirée

Nombre de fois que la moustiquaire a été lavé |_|_|

2. Utilisation d'autres mesures de protection antipaludique:

Pulvérisation intradomiciliaire (PID) au cours des 3 derniers mois? Oui, Non

Spirale anti-moustique Oui, Non

Pulvérisation de bombe insecticide Oui, Non

Répulsifs traditionnels Oui, Non

Répulsifs commerciaux Oui, Non

3. Utilisation de médicaments antipaludiques

Prise d'antipaludique au cours des deux dernières semaines: Oui, Non

Si oui, spécifier : AL, Autres, spécifier

Date du traitement: |_|_|/|_|_|/|_|_|

Traitement antipaludique actuelle: Oui, Non

Si oui, spécifier

Prise de Chimio prophylaxie du Paludisme Saisonnier (CPS) ? Oui, Non

Si oui, date de la dernière dose? |_|_|/|_|_|/|_|_|

4. Les habitudes de sommeil

Heure estimative du coucher de la dernière nuit: |_|_|:|_|_|

Heure estimative du réveil (sortir du lit) ce matin: |_|_|:|_|_|

Combien de fois sortez-vous du lit habituellement au cours de la nuit? |_|_|

Combien de fois êtes-vous sorti du lit au cours de la nuit précédente? |_|_|

FORMULAIRE DE SELECTION ENROLEMENT

5. **Facteurs de risques socio-économiques:** NA (Si le participant est du groupe d'âge scolaire)

a). **Groupe ethnique:**

b). **Niveau d'éducation scolaire**

Non scolarisé Primaire Secondaire Universitaire

c). **Profession:**

Cultivateur commerçante Fonctionnaire Auto-employeur

Autre, spécifier.....

d). **Possession de biens matériels:**

Radio Téléphone mobile

e). **Conditions du logement: Maison avec:**

Toiture en métal Toiture en paille Ouverture avant-toît

Présence de fenêtre: Oui Non, Si Oui, spécifier le nombre |__|__|

Position de la fenêtre avec la porte: Du côté de la porte et nombre |__|

Derrière la porte et nombre |__|

Taille fenêtres: Petite Moyenne grande

Taille de la concession: Nombre de chambres |__|__|, Nombre de personnes |__|__|

Présence d'électricité: Oui, Non

f). **Présence d'hôte alternatifs (animaux domestiques) :** Oui, Non

g). **Propriétaire terrien:** Oui, Non

h). **Distance au centre de santé:** < 3km, 3-5 km, > 5km

j). **Présence d'habits accrochés dans la chambre:** Oui, Non

k). **Propreté de la maison:** Oui, Non

l). **Présence de déchets solides à proximité de la concession:** Oui, Non

Date: |__|__|/|__|__|/|__|__|__|

Initiales and Signature de l'Investigateur.....