|  |
| --- |
| Nom du site : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ID du site : |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |
| Nom de l'investigateur qui remplit le formulaire et signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date à laquelle le formulaire est rempli : |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/|\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| (JJ/MM/20AA) |
| FORMULAIRE DE SÉLECTION (Screening) |

|  |
| --- |
| Renseignements sur le participant |
| Date du screening  | |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/|\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| (JJ/MM/20AA) |
| Numéro d'enregistrement de la clinique | [format à adapter à chaque site] |
| Sexe | [ ]  Féminin[ ]  Masculin |
| Date de naissance | |\_\_\_\_|\_\_\_\_|/|\_\_\_\_|\_\_\_\_|/20|\_\_\_\_|\_\_\_\_| (JJ/MM/20AA) |

|  |
| --- |
| Critères d'éligibilité |
| A. Critères d'inclusion |
| 1. L'enfant a-t-il moins de 10 ans à la date de la sélection ?  | [ ]  Oui [ ]  Non |
| 2. L'enfant présente-t-il l'un des symptômes ou signes suivants qui ont duré plus de 2 semaines ? |
| * Toux
 | [ ]  Oui [ ]  Non |
| * Fièvre
 | [ ]  Oui [ ]  Non |
| * Léthargie
 | [ ]  Oui [ ]  Non |
| * Perte de poids

*Plus de 5% de réduction de poids par rapport au poids le plus élevé au cours des 3 mois précédents ou retard de croissance ou périmètre brachial ≤125 mm chez les enfants entre 6 mois et 5 ans* | [ ]  Oui [ ]  Non |
| B. Critères d'exclusion |
| 1. L'enfant a-t-il récemment reçu un diagnostic de tuberculose ? | [ ]  Oui [ ]  Non |
| 2. Le parent ou le tuteur a-t-il signé le formulaire de consentement éclairé ? | [ ]  Oui [ ]  Non |
| 3. Le cas échéant, l'enfant accepte-t-il de participer à l'étude ? | [ ]  Oui [ ]  Non[ ]  Sans objet |

|  |
| --- |
| L'enfant présente-t-il des signes de danger immédiat et doit-il être transféré ? |
| [ ]  Oui [ ]  Non |

|  |
| --- |
| Identification des participants (PID) |
| Le participant a-t-il déjà été inclus ? | [ ]  Oui [ ]  Non |
| *Si oui, veuillez conserver le même PID et incrémenter d'une unité l’ID de l’épisode précédent.**Si non, veuillez attribuer un PID et l'ID de l’épisode est 01.* |
| PID | [format à adapter à chaque site, comme: | Site Nº | Numéro d'enregistrement de la clinique | ] |
| ID de l'épisode | |\_\_\_\_|\_\_\_\_| |
| Commentaire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |