

Neovac Phase 2 - Burkina Faso

Evaluation de l'intégration d'une dose néonatale
de vaccin contre l'hépatite B dans le calendrier
vaccinal des enfants au Burkina Faso

CAHIER D'OBSERVATION

Protocole d'étude N°2017-083 ; version 8F du 12 mars 2020

Identification de la mère : |_|_| - |_|_|_|_|



Code CSPS
(cf. liste des codes
à la page suivante)



Numéro d'ordre de la
participante
(0001 pour la première
inclusion dans chaque
CSPS, etc.)

Promoteur :

Institut Pasteur
25 rue du Docteur Roux
75724 Paris Cedex 15

Promoteur délégué:

LAMIVAC
Avenue Konaté, 01 BP 112, Bobo-Dioulasso
+226 20 98 20 41

Investigateurs principaux :

Yusuke SHIMAKAWA (Institut Pasteur Paris)
Unité d'épidémiologie des maladies émergentes
tél. : +33 (0)1 40 61 38 87
yusuke.shimakawa@pasteur.fr

Investigateurs locaux :

Abdoul TIENDREBEOGO (LAMIVAC)
tél. : +226 71 12 05 06
tiendraseric@gmail.com

Muriel VRAY (Institut Pasteur Paris)
Unité d'épidémiologie des maladies émergentes
tél. : +33 (0)1 40 61 39 58
muriel.vray@pasteur.fr

Dramane KANIA (Centre Muraz)
tél. : +226 70 74 89 13
draka3703@yahoo.fr

Haoua TALL (AMP)
tél. : +226 20 98 20 41
htall@aamp.org

Liste des codes des CSPS impliqués dans l'étude

District	CSPS	Code CSPS
Dafra	Panamasso	01
	Kouentou	02
	Santidougou	03
	Léguema	04
	Kotédougou	05
	Yégueresso	06
	Baré	07
	Sogossagasso	08
Do	Kiri	09
	Peni	10
	Toussiana	11
	Tapoko	12
	Logofourousso	13
	Koumi	14
	Tiara	15
	Nasso	16
	Karangasso/Sambla	17
	Bouende	18
	Matourkou	19
	Dodougou	20
	Kouakouale	21
	Gna fongon	22
	Moussobadougou	23
	Ouolokoto	24

Instructions générales de remplissage

- ✓ Remplir les feuilles en utilisant un stylo à bille noir pour une bonne lisibilité.
- ✓ Ecrire en lettres capitales :

N	E	O	V	A	C
---	---	---	---	---	---
- ✓ N'inscrire qu'un seul caractère par case et remplir toutes les cases :

0	3
---	---

 ,

4	0
---	---

 kg
- ✓ Lorsque le résultat doit être reporté dans une case fermée, cochez la case appropriée :
☒ Oui ☐ Non
- ✓ Chaque erreur doit être barrée d'un trait, de manière à la laisser visible. La nouvelle donnée doit être écrite à côté en datant et paraphant. Ne pas utiliser de correcteur :

3	6
--------------	--------------

 32 (LS le 01/01/2020)
- ✓ Si une date est totalement inconnue par la participante, merci de cocher « Ne sait pas ». Si une date partiellement connue, merci de remplir les cases manquantes avec la mention **XX** (par exemple, seule l'année est connue : XX/XX/2020 ou seul le jour est inconnu : XX/01/2020).
- ✓ En cas d'événement indésirable, quel que soit le moment de la déclaration, remplir le feuillet EI à la page 9 du cahier d'observation. Tous les événements indésirables graves (EIG) doivent être déclarés au promoteur via le formulaire de « déclaration des événements indésirables graves ».
- ✓ La fiche de « Bilan de fin d'étude » à la page 8 du cahier d'observation doit toujours être complétée à la fin du suivi, même si la mère et/ou l'enfant ne sont pas revenus à la visite des 9 mois.

Critères d'inclusion

1. Date de visite : _ _ / _ _ / _ _ _ _ (jj/mm/aaaa)
2. Type de visite : <input type="checkbox"/> ₁ CPN <input type="checkbox"/> ₂ Accouchement ↳ 2.1. Si « CPN », indiquez le n° de CPN : <input type="checkbox"/> ₁ CPN 1 <input type="checkbox"/> ₂ CPN 2 <input type="checkbox"/> ₃ CPN 3 <input type="checkbox"/> ₄ CPN 4 <input type="checkbox"/> ₅ CPN 5 <input type="checkbox"/> ₆ CPN 6 <input type="checkbox"/> ₇ CPN 7 <input type="checkbox"/> ₈ CPN 8
3. Nom du CSPS visité : _____
4. Clinicien / Agent de santé : _____

Critères d'inclusion		
5. Femme enceinte ou femme qui vient d'accoucher	<input type="checkbox"/> ₀ Non	<input type="checkbox"/> ₁ Oui
6. Fréquentant un CSPS participant à l'étude pour une visite prénatale ou l'accouchement	<input type="checkbox"/> ₀ Non	<input type="checkbox"/> ₁ Oui
7. Résidente dans les aires sanitaires couvertes par les CSPSs ruraux des districts sanitaires de Dafra ou Do	<input type="checkbox"/> ₀ Non	<input type="checkbox"/> ₁ Oui
8. Formulaire de consentement éclairé signé après information de la femme	<input type="checkbox"/> ₀ Non	<input type="checkbox"/> ₁ Oui

↳ Si au moins l'un des critères est coché **NON**, la femme ne peut pas être incluse

Critères de non inclusion		
9. Participation à une autre recherche incompatible avec les modalités de protocole	<input type="checkbox"/> ₀ Non	<input type="checkbox"/> ₁ Oui
10. Toute condition de l'enfant ou de la mère qui, selon le professionnel de santé, est incompatible avec les examens réalisés pour l'étude	<input type="checkbox"/> ₀ Non	<input type="checkbox"/> ₁ Oui

↳ Si l'un des critères est coché **OUI**, la femme ne peut pas être incluse

Résultat de l'inclusion
11. Femme incluse dans l'étude : <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₀ Non

Participation de la femme
12. La femme a-t-elle déjà été incluse dans cette étude (NéoVac 2) pour une <u>grossesse précédente</u> : <input type="checkbox"/> ₀ Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui ↳ 12.1. Si « Oui », indiquez son ancien identifiant : _ _ - _ _ _ _

V1 – Visite d'inclusion

Données sur la femme
13. Village/hameau d'habitation : _____
14. CSPS de référence par rapport au village : _____
15. N° d'ordre de la femme dans le registre de CPN : _ _ _ / _ _ _ _ ↳ 15.1. Si la femme a réalisé la/les CPN dans un autre CSPS, précisez le nom : _____
16. Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _ (jj/mm/aaaa) <input type="checkbox"/> Ne sait pas ↳ 16.1. Si « Ne sait pas », précisez l'âge approximatif : _ _ ans
17. Situation matrimoniale : <input type="checkbox"/> ₁ Mariée monogame <input type="checkbox"/> ₂ Mariée polygame <input type="checkbox"/> ₃ Divorcée <input type="checkbox"/> ₄ Célibataire <input type="checkbox"/> ₅ Veuve
19. Ethnie : <input type="checkbox"/> ₁ Bobo <input type="checkbox"/> ₂ Tiéfo <input type="checkbox"/> ₃ Mossi <input type="checkbox"/> ₄ Dioula <input type="checkbox"/> ₅ Peuhl <input type="checkbox"/> ₆ Autre ↳ 19.1. Si « Autre », précisez : _____
20. Niveau d'instruction : <input type="checkbox"/> ₀ N'a pas été à l'école <input type="checkbox"/> ₁ Primaire <input type="checkbox"/> ₂ Secondaire <input type="checkbox"/> ₃ Supérieur
21. Gestité (nombre total de grossesses antérieures + actuelle) : _ _ ; <input type="checkbox"/> ₉ Ne sait pas
22. Parité (nombre total d'accouchements antérieurs) : _ _ ; <input type="checkbox"/> ₉ Ne sait pas
23. Date des dernières règles : _ _ / _ _ / _ _ _ _ (jj/mm/aaaa) <input type="checkbox"/> Ne sait pas
24. Date probable d'accouchement : _ _ / _ _ / _ _ _ _ (jj/mm/aaaa) <input type="checkbox"/> ₉ Ne sait pas <input type="checkbox"/> ₈ NA (pour les femmes qui sont incluses au moment de V2)

V2 – Visite d'accouchement ou post-accouchement

Pour les enfants qui sont mort-nés ou décédés après la naissance, merci de compléter ce formulaire (V2), puis allez directement au formulaire « Bilan de fin d'étude » (p.8)

25. Date de visite : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| (jj/mm/aaaa)

26. Type de visite : ☐₁ Accouchement ☐₂ Consultation postnatale

27. Nom du CSPS visité : _____

28. Clinicien / Agent de santé : _____

Données sur les consultations prénatales

29. Nombre total de consultations prénatales réalisées durant la grossesse : |_| ; ☐₉ Ne sait pas **(Si « 0 » allez à Q.32, sinon allez à Q.30)**

30. Dépistage VIH lors d'une consultation prénatale :

- ☐₀ Fait et résultat négatif
☐₁ Fait et résultat positif
☐₂ Non fait
☐₉ Ne sait pas

↳ 30.1. Si « Fait et résultat positif », est ce qu'un traitement antiviral a été initié durant la grossesse ?

- ☐₁ Oui
☐₀ Non
☐₉ Ne sait pas

↳ 30.1.1. Si « Oui », quand : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| (jj/mm/aaaa) ☐₉ Ne sait pas

31. Dépistage VHB (l'hépatite B) lors d'une consultation prénatale :

- ☐₀ Fait et résultat négatif
☐₁ Fait et résultat positif
☐₂ Non fait
☐₉ Ne sait pas

↳ 31.1. Si « Fait et résultat positif », est ce qu'un traitement antiviral a été initié durant la grossesse ?

- ☐₁ Oui
☐₀ Non
☐₉ Ne sait pas

↳ 31.1.1. Si « Oui », quand : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| (jj/mm/aaaa) ☐₉ Ne sait pas

Données sur l'accouchement

32. Date de l'accouchement: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| (jj/mm/aaaa)

33. Lieu de l'accouchement :

- ☐₁ Dans un CSPS (précisez le nom : _____
et le n° d'ordre de la femme dans le registre d'accouchement : _____)
- ☐₂ Dans un CMA (précisez le nom : _____)
- ☐₃ Dans un CHU (précisez le nom : _____)
- ☐₄ Dans une structure privée (précisez le nom : _____)
- ☐₅ Au domicile de la femme
- ☐₆ Au domicile d'une autre personne
- ☐₇ Sur le lieu de travail de la femme
- ☐₈ Chez un tradipraticien (guérisseur)
- ☐₉ Chez une accoucheuse traditionnelle
- ☐₁₀ Sur la route vers une structure de santé
- ☐₁₁ Autre (précisez : _____)

34. Intervention réalisée durant l'accouchement :

- 34.1. Césarienne ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₉ Ne sait pas
- 34.2. Ventouse ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₉ Ne sait pas
- 34.3. Version ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₉ Ne sait pas
- 34.4. Episiotomie ☐₀ Non ☐₁ Oui ☐₉ Ne sait pas

35. Multiplicité :

- ☐₁ Simple
- ☐₂ Jumeaux
- ☐₃ Triplés

Données sur le 1^{er} enfant de cet accouchement (si plusieurs enfants sont nés au moment de l'accouchement, merci de compléter un ou plusieurs formulaires supplémentaires en fonction du nombre d'enfants et de les coller à la suite de ce cahier d'observation)

36. Identifiant de l'enfant n°1 : |_|_| - |_|_|_|_| - 1

Identifiant de la mère

37. Heure de naissance : |_|_| H |_|_| (format 24h (E.G., 16h00)) ☐₉ Ne sait pas

38. Prématuré (avant 37 semaines révolues d'aménorrhée) :

- ☐₁ Oui
- ☐₀ Non
- ☐₉ Ne sait pas

39. L'enfant n°1 est-il mort-né ?

- ☐₁ Oui
- ☐₀ Non

Si « Oui » allez directement au formulaire « Bilan de fin d'étude » (page 8)

40. Poids de naissance : |_|_|_|_| g

41. Taille de naissance : |_|_| , |_| cm

NEOVAC 2	Identifiant de la mère : _ _ - _ _ _ _
----------	---

42. Périmètre crânien : _ _ , _ cm
43. Périmètre thoracique : _ _ , _ cm
44. Sexe de l'enfant : <input type="checkbox"/> ₁ Masculin <input type="checkbox"/> ₂ Féminin
45. APGAR : 1 min : _ _ 5 min : _ _ 10 min : _ _ <input type="checkbox"/> ₁ NA
Données sur l'intervention (vaccination à la naissance contre l'hépatite B)
46. L'injection du vaccin contre l'hépatite B à la naissance a-t-elle eu lieu pour l'enfant n°1 ? <input type="checkbox"/> ₁ Oui ↳ Si « Oui », précisez : 46.1.1. Date de l'injection : _ _ / _ _ / _ _ _ _ (jj/mm/aaaa) 46.1.2. Heure de l'injection : _ _ H _ _ 46.1.3. Numéro du lot : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> ₀ Non ↳ 46.2.1. Si « Non », pourquoi ? <input type="checkbox"/> ₁ Le vaccin n'était pas disponible dans le CSPS <input type="checkbox"/> ₂ L'enfant est revenu après 8 semaines de vie <input type="checkbox"/> ₃ Refus de vacciner ↳ 46.2.1.1. Si « Refus de vacciner », qui a refusé ? _____ _____ <input type="checkbox"/> ₄ Autre ↳ 46.2.1.2. Si « Autre », précisez : _____ _____
47. L'enfant n°1 a-t-il reçu des traitements depuis la naissance ? <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₀ Non <u>Si « Oui », merci de compléter le formulaire des traitements concomitants (page 10)</u>

V3 - Visite de dépistage du couple mère-enfant

Pour les enfants qui sont décédés, merci de compléter les questions Q.51 à Q.53 de ce formulaire (V3), puis allez directement au formulaire « Bilan de fin d'étude » (p.8)

48. Date de visite : _ _ / _ _ / _ _ _ _ (jj/mm/aaaa)
49. Nom du CSPS visité : _____
50. Clinicien / Agent de santé : _____

Données à 9 mois sur le 1^{er} enfant de l'accouchement

51. Vaccination du 1^{er} enfant de l'accouchement (cf. carnet/carte de vaccination de l'enfant)

Age	Vaccin	Vaccination	Date (jj/mm/aaaa)
Dès la naissance	HepB 0	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₀ Non <input type="checkbox"/> ₉ Ne sait pas	_ _ / _ _ / _ _ _ _
	VPO 0	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₀ Non <input type="checkbox"/> ₉ Ne sait pas	_ _ / _ _ / _ _ _ _
	BCG	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₀ Non <input type="checkbox"/> ₉ Ne sait pas	_ _ / _ _ / _ _ _ _
2 mois	Penta 1	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₀ Non <input type="checkbox"/> ₉ Ne sait pas	_ _ / _ _ / _ _ _ _
	VPO 1 (Polio 1)	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₀ Non <input type="checkbox"/> ₉ Ne sait pas	_ _ / _ _ / _ _ _ _
	Pneumo 1	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₀ Non <input type="checkbox"/> ₉ Ne sait pas	_ _ / _ _ / _ _ _ _
	Rota 1	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₀ Non <input type="checkbox"/> ₉ Ne sait pas	_ _ / _ _ / _ _ _ _
3 mois	Penta 2	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₀ Non <input type="checkbox"/> ₉ Ne sait pas	_ _ / _ _ / _ _ _ _
	VPO 2 (Polio 2)	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₀ Non <input type="checkbox"/> ₉ Ne sait pas	_ _ / _ _ / _ _ _ _
	Pneumo 2	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₀ Non <input type="checkbox"/> ₉ Ne sait pas	_ _ / _ _ / _ _ _ _
	Rota 2	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₀ Non <input type="checkbox"/> ₉ Ne sait pas	_ _ / _ _ / _ _ _ _
4 mois	Penta 3	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₀ Non <input type="checkbox"/> ₉ Ne sait pas	_ _ / _ _ / _ _ _ _
	VPO 3 (Polio 3)	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₀ Non <input type="checkbox"/> ₉ Ne sait pas	_ _ / _ _ / _ _ _ _
	Pneumo 3	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₀ Non <input type="checkbox"/> ₉ Ne sait pas	_ _ / _ _ / _ _ _ _
	Rota 3	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₀ Non <input type="checkbox"/> ₉ Ne sait pas	_ _ / _ _ / _ _ _ _
	VPI	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₀ Non <input type="checkbox"/> ₉ Ne sait pas	_ _ / _ _ / _ _ _ _

Dépistage AgHBs des couples mère-enfant

52. Résultat du test rapide AgHBs **pour la mère biologique** : (si le résultat est indéterminé, merci de refaire le test jusqu'à ce que le résultat apparaisse)

☐₀ Négatif

☐₁ Positif

↳ Si « Positif », précisez :

52.1. Prélèvement veineux de 8 mL sur tube sec effectué : ☐₁ Oui ☐₀ Non

52.2. Date de rendez-vous au CMA : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| (jj/mm/aaaa)

53. La collection sur papier buvard a-t-elle été réalisée **pour la mère biologique** ?

☐₁ Oui

☐₀ Non

↳ 53.1. Si « Non », pourquoi :

54. Résultat du test rapide AgHBs **pour le 1^{er} enfant** : (si le résultat est indéterminé, merci de refaire le test jusqu'à ce que le résultat apparaisse)

☐₀ Négatif

☐₁ Positif

↳ Si « Positif », précisez :

54.1. Prélèvement veineux de 4 mL sur tube sec effectué : ☐₁ Oui ☐₀ Non

54.2. Date de rendez-vous au CMA : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| (jj/mm/aaaa)

55. La collection sur papier buvard a-t-elle été réalisée **pour le 1^{er} enfant** ?

☐₁ Oui

☐₀ Non

↳ 55.1. Si « Non », pourquoi :

Événements indésirables

56. Des événements indésirables sont-ils survenus pour la mère ou l'enfant n°1 depuis la naissance de l'enfant ?

☐₁ Oui

☐₀ Non

Si « Oui », merci de compléter le formulaire des événements indésirables (page 9)

Traitements concomitants

57. Des traitements concomitants ont-ils été reçus par la mère ou l'enfant n°1 depuis la naissance de l'enfant ?

☐₁ Oui

☐₀ Non

Si « Oui », merci de compléter le formulaire des traitements concomitants (page 10)

Bilan fin d'étude

Condition fin d'étude

58. Toutes les visites ont été effectuées pour la mère et l'enfant n°1 :

☐₁ Oui

☐₀ Non

↳ 58.1. Si « Non », pourquoi :

☐₁ Enfant n°1 décédé

↳ 58.1.1.1. Condition du décès ☐₁ Fausse couche

☐₂ Mort-né

☐₃ Décédé après la naissance

↳ 58.1.1.2. Date de décès : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| (jj/mm/aaaa) ☐₉ Ne sait pas

↳ 58.1.1.3. Convocation de la mère pour prélèvement : ☐₁ Oui ☐₀ Non

↳ 58.1.1.4. La mère a-t-elle été prélevée : ☐₁ Oui ☐₀ Non

Si la mère a été prélevée, merci de compléter les questions Q.52 et Q.53 à la page 7

☐₂ Mère décédée

↳ 58.1.2.1. Date de décès : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| (jj/mm/aaaa) ☐₉ Ne sait pas

↳ 58.1.2.2. L'enfant a-t-il été convoqué pour le prélèvement : ☐₁ Oui ☐₀ Non

↳ 58.1.2.3. L'enfant a-t-il été prélevé : ☐₁ Oui ☐₀ Non

Si l'enfant a été prélevé, merci de compléter les questions Q.54 et Q.55 à la page 7

☐₃ Autre

↳ 58.1.3. Si « Autre », précisez :

☐₁ Refus

↳ 58.1.3.1. Qui a refusé ? _____

↳ 58.1.3.2. Précisez la raison du refus : _____

↳ 58.1.3.3. Autorisation de conserver les données collectées sur le couple mère-enfant pour l'analyse de l'étude ? ☐₁ Oui ☐₀ Non

☐₂ Déménagement

☐₃ Autre

↳ 58.1.3.4. Si « Autre », précisez : _____

☐₄ Aucune information concernant la mère (perdue de vue)

Événement indésirable

Événement	Personne concernée	Date de survenue	Intensité	Action	Evolution	Imputabilité	Date de fin	E.I. grave (**)
	0=Mère 1=Enfant n°1 2=Enfant n°2 3=Enfant n°3	JJ/MM/AAAA	1=Faible 2=Moyenne 3=Fort	1=Aucune 2=Traitement(s) symptomatique(s) seul(s) (*) 3=Hospitalisation (**) 4=Autre (préciser en commentaire)	1=Guérison 2=Non encore rétabli 3=Séquelles (**) 4=Décès (**) 5=Inconnue	0=Non lié à la recherche 1=Lié à la recherche	JJ/MM/AAAA	0=Non 1=Oui
1.	_	_/_/_/_	_	_	_	_	_/_/_/_	_
2.	_	_/_/_/_	_	_	_	_	_/_/_/_	_
3.	_	_/_/_/_	_	_	_	_	_/_/_/_	_
4.	_	_/_/_/_	_	_	_	_	_/_/_/_	_
5.	_	_/_/_/_	_	_	_	_	_/_/_/_	_
6.	_	_/_/_/_	_	_	_	_	_/_/_/_	_
7.	_	_/_/_/_	_	_	_	_	_/_/_/_	_
8.	_	_/_/_/_	_	_	_	_	_/_/_/_	_
9.	_	_/_/_/_	_	_	_	_	_/_/_/_	_
10.	_	_/_/_/_	_	_	_	_	_/_/_/_	_

(*) En cas de traitement(s) symptomatique(s), compléter la page des traitements concomitants.

(**) En cas d'événements indésirables grave, prévenir immédiatement l'ARC du LAMIVAC par téléphone au 72 23 92 85/71 12 05 06 ou par email fsawadogo@aamp.org au moyen du formulaire de « déclaration des événements indésirables graves ».

Traitement concomitant

Nom générique ou commercial	Personne concernée	Date de début	Posologie	Voie	Indication	Date de fin
	0=Mère 1=Enfant n°1 2=Enfant n°2 3=Enfant n°3	JJ/MM/AAAA		1=Orale 2=Intramusculaire 3=Intraveineuse 4=Sous cutanée 5=Transdermique 6=Rectale 7=Autre		JJ/MM/AAAA
1.	_	--/--/----		_		--/--/----
2.	_	--/--/----		_		--/--/----
3.	_	--/--/----		_		--/--/----
4.	_	--/--/----		_		--/--/----
5.	_	--/--/----		_		--/--/----
6.	_	--/--/----		_		--/--/----
7.	_	--/--/----		_		--/--/----
8.	_	--/--/----		_		--/--/----
9.	_	--/--/----		_		--/--/----
10.	_	--/--/----		_		--/--/----
11.	_	--/--/----		_		--/--/----
12.	_	--/--/----		_		--/--/----