

**EDSCI-III**  
**QUESTIONNAIRE FEMME**

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

IDENTIFICATION				
NOM DE LA LOCALITÉ _____  NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____  NUMÉRO DE GRAPPE .....  NUMÉRO DE STRUCTURE .....  NUMÉRO DE MÉNAGE .....  RÉGION .....  MILIEU DE RÉSIDENCE (URBAIN = 1, RURAL=2) GRANDE VILLE/VILLE/PETITE VILLE/RURAL (GRANDE VILLE=1, VILLE=2, PETITE VILLE=3, RURAL=4) .....  NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____  VÉRIFIER LE TABLEAU DE KISH DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE SI: ..... FEMME SÉLECTIONNÉE POUR RELATIONS DANS LE MÉNAGE (OUI=1, NON=2)? (NOTER QUE MODULE RELATIONS DANS LE MÉNAGE EST MENÉ DANS TOUS LES MÉNAGES)				GRAPPE <table border="1" style="width:40px; height:20px; display: inline-table;"></table> STRUCTURE <table border="1" style="width:40px; height:20px; display: inline-table;"></table> N° MÉNAGE <table border="1" style="width:40px; height:20px; display: inline-table;"></table> RÉGION <table border="1" style="width:40px; height:20px; display: inline-table;"></table> MILIEU <table border="1" style="width:40px; height:20px; display: inline-table;"></table> VILLE <table border="1" style="width:40px; height:20px; display: inline-table;"></table> N° DE LIGNE <table border="1" style="width:40px; height:20px; display: inline-table;"></table>  FEMME SELECT. POUR REL. MÉNAGE <input type="checkbox"/>  ENQÊTE HOMME ET TEST ANÉMIE/VIH <input type="checkbox"/>
VÉRIFIER LA COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE SI: ..... ENQUÊTE HOMME, TEST D'ANÉMIE/TEST DU VIH PRÉVUS DANS LE MÉNAGE (OUI=1, NON=2)?				
VISITES D'ENQUÊTRICES				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE    NOM DE L'ENQUÊTRICE  RÉSULTAT*	/ /201...	/ /201...	/ /201...	JOUR ..... MOIS ..... ANNÉE <table border="1" style="width:40px; height:20px; display: inline-table; text-align: center;">201</table> N° ENQUÊT. <table border="1" style="width:40px; height:20px; display: inline-table;"></table> RÉSULTAT
PROCHAINE: DATE VISITE  HEURE	/ /201...	/ /201...		NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="checkbox"/>
*CODES RÉSULTAT 1 REMPLI    4 REFUSÉ 2 PAS À LA MAISON                              5 PARTIELLEMENT REMPLI                          7 AUTRE _____ 3 DIFFÉRÉ    6 INCAPACITÉ    (PRÉCISER)				
LANGUE DE L' INTERVIEW (FRANCAIS = 1, LANGUE NATIONALE / LOCALE = 2) <input type="checkbox"/> INTERPRÈTE (OUI = 1, NON = 2) <input type="checkbox"/>				
CHEF D'EQUIPE	CONTRÔLEUSE		CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____  DATE / / _____	NOM _____  DATE / / _____		<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	S1 <table border="1" style="width:40px; height:20px; display: inline-table;"></table> S2 <table border="1" style="width:40px; height:20px; display: inline-table;"></table>
PHRASES À LIRE				
1. MAMAN VA AU MARCHÉ. 2. LES ENFANTS DANSENT AVEC LEUR PAPA. 3. IL FAUT ALLER CHERCHER L'EAU AU MARIGOT. 4. MAMAN PILE DU FOUTOU BANANE.				

**SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE**

PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT INFORMÉ

CONSENTEMENT INFORMÉ

**Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_ et je travaille pour l'Institut National de la Statistique (INS) et le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MSLS). Nous effectuons une enquête nationale sur la santé en Côte d'Ivoire. Les informations que nous collectons aideront le Gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement entre 30 et 60 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligée de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez d'y participer car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.**

Si vous souhaitez plus d'informations sur l'enquête, vous pouvez contacter la personne dont le nom figure sur la carte qui a déjà été donnée à votre ménage.

Avez-vous des questions ? Puis-je commencer l'interview maintenant ?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE : \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE D'ÊTRE INTERVIEWÉE ... 1 L'ENQUÊTÉE REFUSE D'ÊTRE INTERVIEWÉE ..... 2 → FIN



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
101	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98 ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE ..... 9998	
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 102 ET/OU 103 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	Êtes-vous allée à l'école ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 108
105	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE ..... 2 SUPÉRIEUR ..... 3	
106	Quel est (l'année/classe) la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ? SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '0'.	CLASSE/ANNÉE ..... <input type="text"/>	



**SECTION 2. REPRODUCTION**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À								
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà donné naissance à des enfants ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206								
202	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 204								
203	Combien de fils vivent avec vous ? Et combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	FILS À LA MAISON ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES À LA MAISON ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
204	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206								
205	Combien de fils sont vivants mais qui ne vivent pas avec vous ? Combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	FILS AILLEURS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES AILLEURS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou à une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON INSISTEZ : Aucun bébé qui a crié ou montré un signe de vie mais qui n'a pas survécu ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 208								
207	Combien de garçons sont décédés ? Combien de filles sont décédées ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES DÉCÉDÉES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUNE, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL DES NAISSANCES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIEZ 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL _____ naissances vivantes durant votre vie. Est-ce bien exact ?  OUI <input type="checkbox"/> ↓      NON <input type="checkbox"/> →      INSISTEZ ET CORRIGEZ 201 À 208 COMME IL SE DOIT										
210	VÉRIFIEZ 208:  UNE NAISSANCE OU PLUS <input type="checkbox"/> ↓      AUCUNE <input type="checkbox"/> →		→ 226								

211 Je voudrais maintenant faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la 1<sup>re</sup>.  
 INSCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. INSCRIVEZ LES JUMEAUX/TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.  
 (S'IL Y A PLUS DE 12 NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE, EN COMMENÇANT À LA SECONDE LIGNE).

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier enfant/ enfant suivant) ? INSCRIVEZ LE NOM.  N° DE L'HISTORIQUE DES NAISS-	(NOM) est-il un garçon ou une fille ?	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?	En quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né ?  INSISTEZ : Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?  INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. (INSCRIVEZ 00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE).	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé ?  SI '1 AN', INSISTEZ : Combien de mois avait (NOM) ? INSCRIVEZ EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANNÉES.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui
01	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	
02	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .... 1 AJOUTEZ ↓ NAISS. NON .... 2 NAISS. ↓ SUIVANTE
03	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .... 1 AJOUTEZ ↓ NAISS. NON .... 2 NAISS. ↓ SUIVANTE
04	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .... 1 AJOUTEZ ↓ NAISS. NON .... 2 NAISS. ↓ SUIVANTE
05	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .... 1 AJOUTEZ ↓ NAISS. NON .... 2 NAISS. ↓ SUIVANTE
06	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .... 1 AJOUTEZ ↓ NAISS. NON .... 2 NAISS. ↓ SUIVANTE
07	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .... 1 AJOUTEZ ↓ NAISS. NON .... 2 NAISS. ↓ SUIVANTE

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre enfant suivant ?  INSCRIVEZ LE NOM.  N° DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	(NOM) est-il un garçon ou une fille ?	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?	En quel mois et quelle année est né (NOM) ?  INSISTEZ : Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?  INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	SI EN VIE :  INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. (INSCRIVEZ 00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE).	SI DÉCÉDÉ :  Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé ?  SI '1 AN', INSISTEZ : Combien de mois avait (NOM) ?  INSCRIVEZ EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANNÉES.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui
08	GAR. 1  FILLE 2	SIMP. 1  MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1  NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1  NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .... 1 AJOUTEZ ↓ NAISS. NON .... 2 NAISS. ↓ SUIVANTE
09	GAR. 1  FILLE 2	SIMP. 1  MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1  NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1  NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .... 1 AJOUTEZ ↓ NAISS. NON .... 2 NAISS. ↓ SUIVANTE
10	GAR. 1  FILLE 2	SIMP. 1  MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1  NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1  NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .... 1 AJOUTEZ ↓ NAISS. NON .... 2 NAISS. ↓ SUIVANTE
11	GAR. 1  FILLE 2	SIMP. 1  MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1  NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1  NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .... 1 AJOUTEZ ↓ NAISS. NON .... 2 NAISS. ↓ SUIVANTE
12	GAR. 1  FILLE 2	SIMP. 1  MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1  NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1  NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .... 1 AJOUTEZ ↓ NAISS. NON .... 2 NAISS. ↓ SUIVANTE
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ? SI OUI, INSCRIVEZ LA/LES NAISSANCE DANS LE TABLEAU.					OUI ..... 1 NON ..... 2 -			
223	COMPAREZ 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHEZ :  NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> → (INSISTEZ ET CORRIGEZ)								
224	VÉRIFIEZ 215 :  INSCRIVEZ LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2006 (1) OU PLUS TARD.					NOMBRE DE NAISSANCES ..... <input type="text"/> AUCUNE ..... 0			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
226	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛRE ..... 8	→ 230
227	Depuis combien de mois êtes-vous enceinte ?  ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Quand vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 230
229	Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas/plus d'enfant ?	PLUS TARD ..... 1 NE PAS/NE PLUS AVOIR D'ENFANT .. 2	
230	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 238
230A	Parmi ces grossesses terminées de ces façons, y'avait-il: de fausses-couches? d'avortements? de morts-nés?	O N FAUSSE-COUCHE? ..... 1 2 AVORTEMENT ..... 1 2 MORT-NÉ ..... 1 2	
231	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
232	VÉRIFIEZ 231 :  DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN <input type="text"/> JAN. 2006 OU PLUS TARD ↓ DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE AVANT <input type="text"/> JAN. 2006 →		→ 238
233	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
234	Depuis janvier 2006, avez-vous eu d'autres grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
236	Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant 2006 et qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 238

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A																																
237	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2006 ?	MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table> ANNÉE..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																	
238	Quand vos dernières règles ont-elles commencé ?  <hr/> (INSCRIVEZ LA DATE SI ELLE EST DONNÉE)	IL Y A ..... JOURS ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table> IL Y A ..... SEMAINES ... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table> IL Y A ..... MOIS ..... 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table> IL Y A ..... ANNÉES ... 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table> EN MÉNopause/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE ... 994  AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995  JAMAIS EU DE RÈGLES ..... 996																																	
239	Entre la période des règles et les règles suivantes, est-ce qu'il y a une période où les femmes ont plus de chances de tomber enceintes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	<input type="checkbox"/> → 301																																
240	Est-ce que cette période se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles soient terminées ou bien au milieu de deux périodes de règles ?	JUSTE AVANT QUE LES RÈGLES COMMENCENT ..... 1 PENDANT LES RÈGLES ..... 2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES ..... 3 AU MILIEU, ENTRE DEUX PÉRIODES ..... 4  AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8																																	



**SECTION 3. CONTRACEPTION**

301	Je voudrais maintenant que nous parlions de planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.  De quelles méthodes avez-vous déjà entendu parler ? (Avez-vous déjà entendu parler de : NOM DE LA MÉTHODE)?		
01	<b>Stérilisation féminine.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
02	<b>Stérilisation masculine.</b> INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
03	<b>DIU.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin ou une infirmière leur place dans l'utérus.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
04	<b>Injectables.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé qui les empêche de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
05	<b>Implants.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent se faire insérer par un médecin ou une infirmière un batonnet ou plus sous la peau du haut du bras pour les empêcher de tomber enceinte, pendant une année ou plus.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
06	<b>Pilule.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
07	<b>Condom/Préservatif masculin.</b> INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
08	<b>Condom féminin/Préservatif féminin.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
09	<b>Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA)</b>	OUI ..... 1 NON ..... 2	
10	<b>Méthode du rythme.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent éviter une grossesse en évitant d'avoir des rapports sexuels les jours du mois où elles ont le plus de chances de tomber enceintes.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
11	<b>Retrait.</b> INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
12	<b>Pilule du lendemain.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre pendant trois jours après des rapports sexuels non protégés des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
12A	<b>Diaphragme/Cape cervical:</b> Les femmes peuvent placer une rondelle de latex ou un petit "bonnet" sur le col de l'utérus avant les rapports sexuels?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
12B	<b>Mousse/Gélee/Spermicides:</b> Les femmes peuvent mettre dans leur vagin une crème avant tout rapport sexuel afin de tuer les spermatozoïdes de l'homme. Cette crème peut être aussi mise sur le diaphragme?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
13	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes qu'une femme ou un homme peut utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI ..... 1  _____ (PRÉCISEZ)  _____ (PRÉCISEZ) NON ..... 2	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
302	VÉRIFIEZ 226 :  PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/>		→ 313
303	Faites-vous actuellement quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 313
304	Quelle méthode utilisez-vous ?  ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.  SI PLUS D'UNE MÉTHODE EST MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTION DE PASSAGE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE ..... A STÉRILISATION MASCULINE ..... B DIU ..... C INJECTABLES ..... D IMPLANTS ..... E PILULE ..... F CONDOM/PRÉSERVATIF MASCUL. .... G CONDOM FÉMININ/PRÉSERV. FÉM. ... H DIAPHRAGME ..... I MOUSSE/GELÉE ..... J MAMA ..... K MÉTHODE DU RYTHME ..... L RETRAIT ..... M AUTRE MÉTHODE MODERNE ... X AUTRE MÉTHODE TRADITION. ... Y	→ 307 → 308A → 306 → 308A
305	Quelle est la marque de pilule que vous utilisez actuellement ?  SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.	PILPLAN ..... 01 OVRETTE ..... 02 PLANIF ..... 03 LO FEMENAL ..... 04 MINIDRIL ..... 05 STEDIRIL ..... 06 ADEPAL ..... 07 MICROGYNON ..... 08 CONFIANCE ..... 09  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)  NE SAIT PAS ..... 98	→ 308A
306	Quelle est la marque de condom que vous utilisez actuellement ?  SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.	PRUDENCE ..... 01 IPPF ..... 02 KAMASSOUTRA ..... 03  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)  NE SAIT PAS ..... 98	→ 308A

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À								
307	<p>Dans quel établissement a été effectuée la stérilisation ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINEZ SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ... 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVT ... 12</p> <p>CLINIQUE PLANIFICATION FAM. ... 13</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 14</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ ..... 23</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 24</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>									
308	<p>En quel mois et en quelle année la stérilisation a t-elle été effectuée ?</p>										
308A	<p>Depuis quel mois et quelle année utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?</p> <p>INSISTEZ : Depuis combien de temps utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?</p>	<p>MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>ANNÉE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>									→ 314
313	<p>Avez-vous déjà utilisé quelque chose ou essayé de n'importe quelle manière de retarder ou d'éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 324								
314	<p>VÉRIFIEZ 304 :</p> <p>ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE :</p> <p>SI PLUS D'UN CODE EST ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.</p>	<p>AUCUN CODE ENCERCLÉ ..... 00</p> <p>STÉRILISATION FÉMININE ..... 01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE ..... 02</p> <p>DIU ..... 03</p> <p>INJECTABLES ..... 04</p> <p>IMPLANTS ..... 05</p> <p>PILULE ..... 06</p> <p>CONDOM/PRÉSERVATIF MASCUL. ... 07</p> <p>CONDOM FÉMININ/PRÉSERV. FÉM. ... 08</p> <p>DIAPHRAGME ..... 09</p> <p>MOUSSE/GELÉE ..... 10</p> <p>MAMA ..... 11</p> <p>MÉTHODE DU RYTHME ..... 12</p> <p>RETRAIT ..... 13</p> <p>AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... 95</p> <p>AUTRE MÉTHODE TRADITION. ... 96</p>	<p>→ 324</p> <p>→ 317A</p> <p>→ 326</p> <p>→ 315A</p> <p>→ 326</p>								

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
315	Vous avez commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) en (DATE de Q.308/308A). Où l'avez-vous obtenue à ce moment-là ?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. .... 11 CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... 12 CLINIQUE PF ..... 13 CLINIQUE MOBILE ..... 14 AGENT DE SANTÉ ..... 15 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 16 (PRÉCISEZ)	
315A	Où avez-vous appris comment utiliser la méthode du rythme/MAMA ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINEZ SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 PHARMACIE ..... 22 MÉDECIN PRIVÉ ..... 23 CLINIQUE MOBILE ..... 24 AGENT DE SANTÉ ..... 25 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 26 (PRÉCISEZ) AUTRE ENDROIT BOUTIQUE ..... 31 INSTITUTION RELIGIEUSE ..... 32 AMI/PARENTS ..... 33 AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
316	VÉRIFIEZ 304 :  ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE :  S'IL Y A PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.	DIU ..... 03 INJECTABLES ..... 04 IMPLANTS ..... 05 PILULE ..... 06 CONDOM/PRÉSERVATIF MASCUL. .... 07 CONDOM FÉMININ/PRÉSERV. FÉM. .... 08 DIAPHRAGME ..... 09 MOUSSE/GELÉE ..... 10 MAMA ..... 11 MÉTHODE DU RYTHME ..... 12	→ 323 → 320 → 326 → 326
317	À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes que vous pourriez avoir en utilisant cette méthode ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 319
317A	Quand vous avez été stérilisée, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes que vous pourriez avoir à cause de la méthode ?		
318	Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a parlé des effets secondaires ou des problèmes que vous pourriez avoir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 320
319	Vous a-t-on dit ce qu'il fallait faire si vous aviez ces effets secondaires ou ces problèmes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
320	<p>VÉRIFIEZ 317 :</p> <p>CODE '1' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>CODE '1' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pourriez utiliser ?</p> <p>Quand vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE DE 314) de (ENDROIT DE 307 OU 315), vous a-t-on parlé d'autres méthodes de PF que vous pouviez utiliser ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 322
321	<p>Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
322	<p>VÉRIFIEZ 304 :</p> <p>ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE :</p> <p>S'IL Y A PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE ..... 01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE ..... 02</p> <p>DIU ..... 03</p> <p>INJECTABLES ..... 04</p> <p>IMPLANTS ..... 05</p> <p>PILULE ..... 06</p> <p>CONDOM/PRÉSERVATIF MASCUL. .... 07</p> <p>CONDOM FÉMININ/PRÉSERV. FÉM ... 08</p> <p>DIAPHRAGME ..... 09</p> <p>MOUSSE/GELÉE ..... 10</p> <p>MAMA ..... 11</p> <p>MÉTHODE DU RYTHME ..... 12</p> <p>RETRAIT ..... 13</p> <p>AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... 95</p> <p>AUTRE MÉTHODE TRADITION. .... 96</p>	<p>→ 326</p> <p>→ 326</p> <p>→ 326</p>
323	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVT. 12</p> <p>CLINIQUE PF ..... 13</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 14</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... 15</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21</p> <p>PHARMACIE ..... 22</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... 23</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 24</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... 25</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE ..... 31</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE ..... 32</p> <p>AMI/PARENTS ..... 33</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	→ 326

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
324	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 326
325	Où est cet endroit ?  Pas d'autre endroit ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT A CENTRE DE SANTÉ DU GOUVT. B CLINIQUE PF ..... C CLINIQUE MOBILE ..... D AGENT DE SANTÉ ..... E AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... F (PRÉCISEZ)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G PHARMACIE ..... H MÉDECIN PRIVÉ ..... I CLINIQUE MOBILE ..... J AGENT DE SANTÉ ..... K AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... L (PRÉCISEZ)  AUTRE SOURCE BOUTIQUE ..... M INSTITUTION RELIGIEUSE ..... N AMIS/PARENTS ..... O  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	
326	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez reçu la visite d'un agent de santé qui vous a parlé de planification familiale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
327	Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même (ou pour vos enfants) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 328A
328	Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
328A	Etes-vous d'accord avec les couples qui utilisent une méthode de planification familiale pour espacer les naissances ?	D'ACCORD ..... 1 PAS D'ACCORD ..... 2 ÇA DÉPEND/NSP ..... 8	→ 328C
328B	Pourquoi ?	AVOIR DES ENFANT QUAND ON VEUT A PRÉSERVER LA SANTÉ DE LA MÈRE . B GARANTIR L'AVENIR DES ENFANTS . C SANTÉ DU NOUVEAU-NÉ ..... D  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	→ 401
328C	Pourquoi ?	PROBLÈMES DE SANTÉ ..... A EFFETS SECONDAIRES ..... B TABOUS CULTURELS ..... C INTERFÈRE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS ..... D INTERDIT PAR LA RELIGION ..... E EMPÊCHE D'AVOIR DES ENFANTS . F  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

401	VÉRIFIEZ 224 : UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2006 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE EN 2006 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>	→ 556	
402	VÉRIFIEZ 215 : INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE EN 2006 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES, EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ LES 2 DERNIÈRES COLONNES DE QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES). Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).			
403	NUMÉRO DE LIGNE DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> NAIS.	AVANT-DERNIÈRE NAIS. NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> NAIS.	AVANT-AVANT DER. NAIS. NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> NAIS.
404	À PARTIR DES QUESTIONS 212 ET 216  NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> DÉ	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> DÉ	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> DÉ	
405	Quand vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI ..... 1 (PASSEZ À 408) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSEZ À 430) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSEZ À 430) ← NON ..... 2
406	Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas (ou plus) d'enfant ?	PLUS TARD ..... 1 PLUS D'ENFANT ..... 2 (PASSEZ À 408) ←	PLUS TARD ..... 1 PLUS D'ENFANT ..... 2 (PASSEZ À 430) ←	PLUS TARD ..... 1 PLUS D'ENFANT ..... 2 (PASSEZ À 430) ←
407	Combien de temps de plus vouliez- vous attendre ?	MOIS .... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES .. 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998	MOIS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES .. 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998	MOIS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES .. 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998
408	Avez-vous consulté quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 415) ←		
409	Qui avez-vous consulté ?  Quelqu'un d'autre ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... A INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME ..... B SAGE-FEMME AUXILIAIRE ... C AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITION ... D AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE ..... E  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
410	<p>Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette naissance ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LES TYPES D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>MAISON</p> <p>VOTRE MAISON A</p> <p>AUTRE MAISON B</p> <p>SECTEUR PUBLIQUE</p> <p>HÔPITAL GOUVT. C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... D</p> <p>POSTE DE SANTÉ GOUVT. .... E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC F</p> <p>_____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ H</p> <p>_____ H</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>		
411	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez eu votre première consultation prénatale pour cette grossesse ?	<p>MOIS .... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>		
412	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu de consultation prénatale ?	<p>NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>		
413	<p>Est-ce qu'au cours des visites prénatales durant cette grossesse, les examens suivants ont été effectués au moins une fois :</p> <p>Vous a-t-on pris la tension ?</p> <p>Vous a-t-on prélevé de l'urine ?</p> <p>Vous a-t-on prélevé du sang ?</p>	<p>OUI NON</p> <p>TENSION .... 1 2</p> <p>URINE ..... 1 2</p> <p>SANG .... 1 2</p>		
414	Au cours de l'une de ces visites prénatales, vous a-t-on parlé de choses qui peuvent être le signe de problèmes de la grossesse ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>		
415	Durant cette grossesse, vous a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 418) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>		



N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
416	Durant cette grossesse, combien de fois vous a-t-on fait une injection contre le tétanos ?	FOIS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8		
417	VÉRIFIEZ 416 :	2 FOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 421)		
418	À n'importe quel moment avant cette grossesse, vous a-t-on fait des injections contre le tétanos ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 421) ← NE SAIT PAS .... 8		
419	Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu des injections contre le tétanos ?  SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	FOIS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8		
420	Avant cette grossesse, il y a combien d'années que vous avez reçu la dernière injection contre le tétanos ?	IL Y A ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>		
421	Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ? MONTREZ COMPRIMÉ	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 423) ← NE SAIT PAS ..... 8		
422	Pendant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris des comprimés ou du sirop ?  SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998		
423	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 424) ← NE SAIT PAS ..... 8		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____				
423A	<p>Quelle est votre principale source d'approvisionnement en médicaments contre les vers intestinaux ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LES TYPES D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL GOUVT. 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... 12</p> <p>POSTE DE SANTÉ GOUVT. .... 13</p> <p>PHARMACIE AU SEIN DE STRUCTURE DE SANTÉ 14</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21</p> <p>PHARMACIE PRIVEÉ . .... 22</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>DANS LA RUE / MARCHÉ . .... 31</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>						
423B	Combien avez-vous payer pour ces médicaments ?	<p>MONTANT</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>GRATUIT ... 0000</p> <p>PAYÉ EN NATU ... 9997</p> <p>NE SAIT PAS ... 9998</p>						
424	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 430) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>						
425	<p>Quels médicaments avez-vous pris ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS DÉTERMINÉ, MONTREZ DES ANTIPALUDÉENS COURANTS À L'ENQUÊTÉE.</p>	<p>SP/FANSIDAR ... A</p> <p>CHLOROQUINE ... B</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>						
426	<p>VÉRIFIEZ 425 :</p> <p>SP/FANSIDAR PRIS À TITRE PRÉVENTIF CONTRE LE PALUDISME.</p>	<p>CODE 'A' CODE _____</p> <p>ENCERCLÉ A' NON _____</p> <p>ENCERCLÉ _____</p> <p>(PASSEZ À 430) ←</p>						
427	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la (SP/Fansidar) ?	FOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>						
428	<p>VÉRIFIEZ 409 :</p> <p>SOINS PRÉNATALS PAR DU PERSONNEL DE SANTÉ DURANT CETTE GROSSESSE.</p>	<p>CODE 'A', 'B' OU 'C' AUTRE _____</p> <p>ENCERCLÉ _____</p> <p>(PASSEZ À 430) ←</p>						

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
429	Vous a-t-on donné la (SP/Fansidar) durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé ou l'avez-vous obtenue d'une autre source ?	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE VISITE MÉDICALE ..... 2 AUTRE ENDROIT 6		
430	Quand (NOM) est né, était-il/elle très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne ou très petit ?	TRÈS GROS ..... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN ..... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8	TRÈS GROS ..... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN ..... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8	TRÈS GROS ..... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN ..... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8
431	(NOM) a t-il /elle été pesé à la naissance ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 433) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 433) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 433) ← NE SAIT PAS ..... 8
432	Combien (NOM) pesait-il/elle ?  INSCRIVEZ LE POIDS EN KILOGRAMMES À PARTIR DU CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS 99,998	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS 99,998	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS 99,998
433	Qui vous a assisté durant l'accouchement de (NOM) ?  Quelqu'un d'autre ?  INSISTEZ POUR LES TYPES DE PERSONNES ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE PERSONNE NE L'A ASSISTÉE, INSISTEZ POUR DÉTERMINER SI DES ADULTES ÉTAIENT PRÉSENTS À L'ACCOUCHEMENT.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... A INFIRMIÈRE/SAGE FEMME ..... B SAGE-FEMME AUXILIAIRE ... C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. ... D AMI/PARENTS ... E  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) PERSONNE ..... Y	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... A INFIRMIÈRE/SAGE FEMME ..... B SAGE-FEMME AUXILIAIRE ... C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. ... D AMI/PARENTS ... E  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) PERSONNE ..... Y	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... A INFIRMIÈRE/SAGE FEMME ..... B SAGE-FEMME AUXILIAIRE ... C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. ... D AMI/PARENTS ... E  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) PERSONNE ..... Y

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
434	Où avez-vous accouché de (NOM) ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)	MAISON VOTRE MAISON 11 (PASSEZ À 438) ← AUTRE MAISON 12  SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. 21 CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... 22 POSTE DE SANTÉ GOUVT. .... 23 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ (PRÉCISEZ) 26  SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ (PRÉCISEZ) 36  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 438) ←	MAISON VOTRE MAISON 11 (PASSEZ À 448) ← AUTRE MAISON 12  SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. 21 CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... 22 POSTE DE SANTÉ GOUVT. .... 23 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ (PRÉCISEZ) 26  SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ (PRÉCISEZ) 36  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 448) ←	MAISON VOTRE MAISON 11 (PASSEZ À 448) ← AUTRE MAISON 12  SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. 21 CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... 22 POSTE DE SANTÉ GOUVT. .... 23 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ (PRÉCISEZ) 26  SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ (PRÉCISEZ) 36  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 448) ←
435	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne, c'est-à-dire que l'on vous a ouvert le ventre pour faire sortir le bébé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
436	Après l'accouchement de (NOM), est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé pendant que vous étiez dans l'établissement ?	OUI ..... 1 (PASSEZ À 439) ← NON ..... 2		
437	Est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé après que vous ayez quitté l'établissement ?	OUI ..... 1 (PASSEZ À 439) ← NON ..... 2 (PASSEZ À 442) ←		
438	Après l'accouchement de (NOM), est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 442) ←		
439	Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?  INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... 11 INFIRMIÈRE/SAGE FEMME ..... 12 SAGE-FEMME AUXILIAIRE ... 13 AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. ... 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE ... 22  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____													
440	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ?  SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.	HEURES 1 <table border="1" data-bbox="769 212 873 260"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" data-bbox="769 260 873 308"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAINES 3 <table border="1" data-bbox="769 308 873 365"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ... 998															
442	Dans les deux mois qui ont suivi la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une accoucheuse traditionnelle a examiné son état de santé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 446) ← NE SAIT PAS ..... 8															
443	Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), le premier examen a-t-il eu lieu ?  SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.	HRS APRES NAIS. ... 1 <table border="1" data-bbox="769 596 873 644"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> JRS APRÈS NAIS. ... 2 <table border="1" data-bbox="769 644 873 693"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEM.APRÈS NAIS. ... 3 <table border="1" data-bbox="769 693 873 749"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ... 998															
444	Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?  INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... 11 INFIRMIÈRE/SAGE FEMME ..... 12 SAGE-FEMME AUXILIAIRE ... 13 AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. ... 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE ... 22  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)															

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
445	<p>Où ce premier examen de (NOM) a-t-il eu lieu ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>MAISON</p> <p>VOTRE MAISON 11</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... 22</p> <p>POSTE DE SANTÉ GOUVT. .... 23</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31</p> <p>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ 36</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>		
446	<p>Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme (celle-ci/l'une de celles-ci) ?</p> <p>MONTREZ DES MODÈLES COURANTS D'AMPOULES/ GÉLULES/SIROP.</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 447) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>		
446A	<p>Combien de doses de vitamine A avez-vous reçu au cours de ces deux premiers mois ?</p>	<p>NOMBRE ..... <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>		
447	<p>Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>(PASSEZ À 449) ←</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 450) ←</p>		
448	<p>Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ?</p>		<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 452) ←</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 452) ←</p>
449	<p>Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ?</p>	<p>MOIS .... <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p>MOIS ... <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p>MOIS ... <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>
450	<p>VÉRIFIEZ 226 :</p> <p>L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ENCEINTE ?</p>	<p>PAS EN-CEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSEZ À 452)</p>		
451	<p>Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 453) ←</p>		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
452	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98
453	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI ..... 1 (PASSEZ À 455) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
454	VÉRIFIEZ 404 :  L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSEZ À 460) (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 501)		
455	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ?  SI MOINS D'UNE HEURE, INSCRIVEZ '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, ENREGISTREZ EN HEURES. SINON, ENREGISTREZ EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT 000  HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>		
456	Dans les trois premiers jours après la naissance est-ce que (NOM) a reçu autre chose à boire que le lait maternel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 458) ←		
457	Qu'a t-on donné a boire à (NOM) ?  Rien d'autre ?  ENREGISTREZ TOUS LES LIQUIDES MENTIONNÉS.	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) A EAU ..... B EAU SUCRÉE OU EAU GLUCOSÉE C INFUSION CALMANTE POUR COLIQUES D SOLUTION D'EAU SALÉE SUCRÉ E JUS DE FRUIT ... F LAIT EN POUDRE POUR BÉBÉ ... G THÉ/INFUSIONS ... H CAFÉ ..... I MIEL ..... J  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)		
458	VÉRIFIEZ 404 :  L'ENFANT EST-IL EN VIE ?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (RETOURNEZ À 405 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
459	Allaitiez-vous encore (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2		
460	(NOM) a-t-il bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
461		(RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	(RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	(RETOURNEZ À 405 À L'AVANT-DER. COLONNE DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAIS. ALLEZ À 501)



**SECTION 5. VACCINATIONS DES ENFANTS, SANTÉ ET NUTRITION**

501	INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2006 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES, EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ LES 2 DERNIÈRES COLONNES DE QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).																																																																																																																																																																								
502	N° DE LIGNE DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
503	À PARTIR DE 212 ET 216	NOM _____ EN VIE <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À LA COL.SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	NOM _____ EN VIE <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À LA COL.SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	NOM _____ EN VIE <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DER.COL. DU NOUVEAU QUEST. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISS., ALLEZ À 553)																																																																																																																																																																					
504	Avez-vous un carnet où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?  SI OUI : Puis-je le voir ?	OUI, VU ..... 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU ..... 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET ..... 3	OUI, VU ..... 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU ..... 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET ..... 3	OUI, VU ..... 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU ..... 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET ..... 3																																																																																																																																																																					
505	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ?	OUI ..... 1 (PASSEZ À 509) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSEZ À 509) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSEZ À 509) ← NON ..... 2																																																																																																																																																																					
506	(1) COPIEZ LES DATES DU CARNET. (2) INSCRIVEZ '44' À LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET INDIQUE QU'UNE DOSE A ÉTÉ DONNÉE MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE.																																																																																																																																																																								
		DERNIÈRE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE																																																																																																																																																																					
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>BCG</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>POLIO 1</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>POLIO 2</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>POLIO 3</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>DTCoqHepBHib 1</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>DTCoqHepBHib 2</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>DTCoqHepBHib 3</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>ROUGEOLE</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>FIEVRE JAUNE</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> </table>	BCG	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	POLIO 1	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	POLIO 2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	POLIO 3	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	DTCoqHepBHib 1	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	DTCoqHepBHib 2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	DTCoqHepBHib 3	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	ROUGEOLE	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	FIEVRE JAUNE	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>BCG</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>P0</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>P1</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>P2</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>P3</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>D1</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>D2</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>D3</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>ROU</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>FJ</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>VIT A</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> </table>	BCG	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	P0	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	P1	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	P2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	P3	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	D1	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	D2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	D3	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	ROU	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	FJ	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	VIT A	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>BCG</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>P0</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>P1</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>P2</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>P3</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>D1</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>D2</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>D3</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>ROU</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>FJ</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>VIT A</td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td><td><input style="width:20px; height:20px;" type="text"/></td></tr> </table>	BCG	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	P0	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	P1	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	P2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	P3	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	D1	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	D2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	D3	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	ROU	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	FJ	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	VIT A	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>
BCG	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
POLIO 1	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
POLIO 2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
POLIO 3	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
DTCoqHepBHib 1	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
DTCoqHepBHib 2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
DTCoqHepBHib 3	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
ROUGEOLE	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
FIEVRE JAUNE	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
BCG	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
P0	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
P1	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
P2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
P3	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
D1	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
D2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
D3	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
ROU	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
FJ	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
VIT A	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
BCG	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
P0	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
P1	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
P2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
P3	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
D1	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
D2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
D3	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
ROU	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
FJ	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
VIT A	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
507	VÉRIFIEZ 506 :	BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> AUTRE <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> (ALLEZ À 511)	BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> AUTRE <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> (ALLEZ À 511)	BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> AUTRE <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> (ALLEZ À 511)																																																																																																																																																																					

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
508	(NOM) a-t-il/elle eu des vaccins qui ne sont pas inscrits sur le carnet, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ?  ENREGISTREZ 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE AU MOINS UN DES VACCINS DE 506 QUI N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉ COMME AYANT ÉTÉ DONNÉ.	OUI ..... 1 (INSISTEZ ←) POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506).  (PASSEZ À 511) ← NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 (INSISTEZ ←) POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506).  (PASSEZ À 511) ← NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 (INSISTEZ ←) POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506).  (PASSEZ À 511) ← NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS ..... 8
509	(NOM) a-t-il/elle déjà eu des vaccins pour lui éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS ..... 8
510	Dites-moi si (NOM) a eu l'un des vaccins suivants :			
510A	Le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse habituellement une cicatrice ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
510B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 510E) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 510E) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 510E) ← NE SAIT PAS ..... 8
510C	Le premier vaccin de la polio a-t-il été donné dans les 2 premières semaines après la naissance ou plus tard ?	DEUX 1 <sup>RES</sup> SEMAINES 1 PLUS TARD ..... 2	DEUX 1 <sup>RES</sup> SEMAINES 1 PLUS TARD ..... 2	DEUX 1 <sup>RES</sup> SEMAINES 1 PLUS TARD ..... 2
510D	Combien de fois le vaccin de la polio a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>
510E	Le vaccin du DTCoqHepBHib, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse ou à la fesse, parfois donné en même temps que les gouttes pour la polio ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 510G) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 510G) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 510G) ← NE SAIT PAS ..... 8
510F	Combien de fois le vaccin du DTCoqHepBHib a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>
510G	Le vaccin contre la rougeole ou le ROR, c'est-à-dire une injection dans le bras à l'âge de 9 mois ou plus tard, pour lui éviter la rougeole ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
511	Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) une dose de vitamine A comme (celle-ci/l'une de celles-ci) ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS D'AMPOULES/ GÉLULES/SIROP.	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
512	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) des comprimés de fer, des granules avec du fer ou du sirop contenant du fer comme (celui-ci/l'un de ceux-ci) ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS DE COMPRIMÉS, GRANULES OU SIROP.	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
513	Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
514	(NOM) a-t-il eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS ..... 8
515	Y avait-il du sang dans les selles ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
516	Je voudrais maintenant savoir quelle quantité de liquides a été donnée à (NOM) pendant la diarrhée (y compris le lait maternel).  Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?  SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS ..... 4 RIEN À BOIRE ... 5 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS ..... 4 RIEN À BOIRE ... 5 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS ..... 4 RIEN À BOIRE ... 5 NE SAIT PAS ..... 8
517	Quand (NOM) avait la diarrhée, lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger ?  SI MOINS, INSISTEZ: Lui a-t-on donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8
518	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 522) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 522) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 522) ←

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
519	<p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ÉTABLISSEMENT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B</p> <p>CASE DE SANTÉ GOUVT. .... C</p> <p>CLINIQUE MOBILE D</p> <p>AGENT DE SANTÉ E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G</p> <p>PHARMACIE ... H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ I</p> <p>CLINIQUE MOBILE J</p> <p>AGENT DE SANTÉ K</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ L</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE ..... M</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL N</p> <p>MARCHÉ ..... O</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B</p> <p>CASE DE SANTÉ GOUVT. .... C</p> <p>CLINIQUE MOBILE D</p> <p>AGENT DE SANTÉ E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G</p> <p>PHARMACIE ..... H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ I</p> <p>CLINIQUE MOBILE J</p> <p>AGENT DE SANTÉ K</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ L</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE ..... M</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL N</p> <p>MARCHÉ ..... O</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B</p> <p>CASE DE SANTÉ GOUVT. .... C</p> <p>CLINIQUE MOBILE D</p> <p>AGENT DE SANTÉ E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G</p> <p>PHARMACIE ... H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ I</p> <p>CLINIQUE MOBILE J</p> <p>AGENT DE SANTÉ K</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ L</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE ..... M</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL N</p> <p>MARCHÉ ..... O</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>
520	VÉRIFIEZ 519 :	<p>2 CODES UN SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS EN CERCLÉS</p> <p>ENCERCLÉS CLÉ</p> <p>(PASSEZ À 522) ←</p>	<p>2 CODES UN SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS EN CERCLÉS</p> <p>ENCERCLÉS CLÉ</p> <p>(PASSEZ À 522) ←</p>	<p>2 CODES UN SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS EN CERCLÉS</p> <p>ENCERCLÉS CLÉ</p> <p>(PASSEZ À 522) ←</p>
521	<p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 519.</p>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>
522	<p>Lui avez-vous donné les choses suivantes à boire à n'importe quel moment dès qu'il/elle a commencé à avoir la diarrhée :</p> <p>a) Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé Oracel ?</p> <p>b) Un liquide SRO préconditionné ?</p> <p>c) Un liquide maison recommandé par le gouvernement ?</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SACHET SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON 1 2 8</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SACHET SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON 1 2 8</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SACHET SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON 1 2 8</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
523	A-t-on donné quelque chose (d'autre) pour traiter la diarrhée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS ..... 8
524	Qu'a-t-on donné (d'autre) pour traiter la diarrhée ?  Rien d'autre ?  ENREGISTREZ TOUS LES TRAITEMENTS DONNÉS.	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE A ANTIMOTILITÉ B ZINC ..... C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) ..... D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E  INJECTION ANTIBIOTIQUE F NON ANTI-BIOT G INJECTION INCONNUE ... H  (IV) INTRAVEINEUSE I  REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICALES ..... J  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE A ANTIMOTILITÉ B ZINC ..... C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) ..... D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E  INJECTION ANTIBIOTIQUE F NON ANTI-BIOT G INJECTION INCONNUE ... H  (IV) INTRAVEINEUSE I  REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICALES ..... J  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE A ANTIMOTILITÉ B ZINC ..... C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) ..... D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E  INJECTION ANTIBIOTIQUE F NON ANTI-BIOT G INJECTION INCONNUE ... H  (IV) INTRAVEINEUSE I  REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICALES ..... J  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)
525	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 527) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 527) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 527) ← NE SAIT PAS ..... 8
526	À n'importe quel moment au cours de sa maladie, est-ce qu'on a pris à (NOM) du sang de son doigt ou de son talon ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
527	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la toux à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 530) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 530) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 530) ← NE SAIT PAS ..... 8
528	Quand (NOM) a été malade avec de la toux, est-ce qu'il/elle respirait plus vite que d'habitude, avec un souffle court et rapide ou avait-il/elle des difficultés pour respirer ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 531) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 531) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 531) ← NE SAIT PAS ..... 8
529	Ces difficultés pour respirer étaient-elles dues à un problème de bronche ou à un nez bouché ou qui coulait ?	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL ..... 2 LES DEUX ..... 3 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8 (PASSEZ À 531) ←	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL ..... 2 LES DEUX ..... 3 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8 (PASSEZ À 531) ←	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL ..... 2 LES DEUX ..... 3 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8 (PASSEZ À 531) ←

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
530	VÉRIFIEZ 525 :  A-T-IL EU DE LA FIÈVRE ?	OUI <input type="checkbox"/> NON OU NSP <input type="checkbox"/>  (RETOURNEZ À 503 À LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	OUI <input type="checkbox"/> NON OU NSP <input type="checkbox"/>  (RETOURNEZ À 503 À LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	OUI <input type="checkbox"/> NON OU NSP <input type="checkbox"/>  (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)
531	Je voudrais savoir maintenant quelle quantité de boisson a été donné à (NOM) (y compris le lait maternel) pendant sa maladie avec (de la fièvre et de la toux).  Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?  SI MOINS, INSISTEZ : Lui en a-t-on donné beaucoup moins que d'habitude, ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS    1 UN PEU MOINS    ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ    ... 3 PLUS    ..... 4 RIEN À BOIRE    ..... 5 NE SAIT PAS    ..... 8	BEAUCOUP MOINS    1 UN PEU MOINS    ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ    ... 3 PLUS    ..... 4 RIEN À BOIRE    ..... 5 NE SAIT PAS    ..... 8	BEAUCOUP MOINS    1 UN PEU MOINS    ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ    ... 3 PLUS    ..... 4 RIEN À BOIRE    ..... 5 NE SAIT PAS    ..... 8
532	Quand (NOM) a eu de la (fièvre/toux), lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou ne lui a-t-on rien donné à manger ?  SI MOINS, INSISTEZ : Lui en a-t-on donné beaucoup moins que d'habitude, ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS    1 UN PEU MOINS    ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ    ..... 3 PLUS    ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE    ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER    ..... 6 NE SAIT PAS    ..... 8	BEAUCOUP MOINS    1 UN PEU MOINS    ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ    ..... 3 PLUS    ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE    ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER    ..... 6 NE SAIT PAS    ..... 8	BEAUCOUP MOINS    1 UN PEU MOINS    ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ    ..... 3 PLUS    ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE    ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER    ..... 6 NE SAIT PAS    ..... 8
533	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 537) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 537) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 537) ←

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
534	<p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ? <b>(9)</b></p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B</p> <p>CASE DE SANTÉ GOUVT. .... C</p> <p>CLINIQUE MOBILE D</p> <p>AGENT DE SANTÉ E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G</p> <p>PHARMACIE ... H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ I</p> <p>CLINIQUE MOBILE J</p> <p>AGENT DE SANTÉ K</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ L</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE ..... M</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL N</p> <p>MARCHÉ ..... O</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B</p> <p>CASE DE SANTÉ GOUVT. .... C</p> <p>CLINIQUE MOBILE D</p> <p>AGENT DE SANTÉ E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G</p> <p>PHARMACIE ... H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ I</p> <p>CLINIQUE MOBILE J</p> <p>AGENT DE SANTÉ K</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ L</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE ..... M</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL N</p> <p>MARCHÉ ..... O</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B</p> <p>CASE DE SANTÉ GOUVT. .... C</p> <p>CLINIQUE MOBILE D</p> <p>AGENT DE SANTÉ E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G</p> <p>PHARMACIE ... H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ I</p> <p>CLINIQUE MOBILE J</p> <p>AGENT DE SANTÉ K</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ L</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE ..... M</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL N</p> <p>MARCHÉ ..... O</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>
535	VÉRIFIEZ 534 :	<p>2 CODES 1 SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU <input type="checkbox"/> CODE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS EN- <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ENCER- CERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> CLÉS</p> <p>(PASSEZ À 537) ←</p>	<p>2 CODES 1 SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU <input type="checkbox"/> CODE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS EN- <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ENCER- CERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> CLÉS</p> <p>(PASSEZ À 537) ←</p>	<p>2 CODES 1 SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU <input type="checkbox"/> CODE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS EN- <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ENCER- CERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> CLÉS</p> <p>(PASSEZ À 537) ←</p>
536	<p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES DE 534.</p>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>
537	<p>Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE ;</p> <p>OU, SI PLUS DE ←</p> <p>NAISSANCE,</p> <p>ALLEZ À 553)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE ;</p> <p>OU, SI PLUS DE ←</p> <p>NAISSANCE,</p> <p>ALLEZ À 553)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ;</p> <p>OU, SI PLUS DE ←</p> <p>NAISSANCE,</p> <p>ALLEZ À 553).</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
538	<p>Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ?</p> <p>Aucun autre médicament ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>ANTIPALUDÉENS</p> <p>SP/FANSIDAR A</p> <p>CHLOROQUINE B</p> <p>AMODIAQUINE C</p> <p>QUININE ..... D</p> <p>COMBINAISON AVEC</p> <p>ARTÉMISININE E</p> <p>AUTRE ANTI-PALUDÉEN</p> <p>_____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP ..... G</p> <p>INJECTION ... H</p> <p>AUTRE MÉDICAMENT</p> <p>ASPIRINE ..... I</p> <p>ACETA-MINOPHEN ... J</p> <p>IBUPROFEN ... K</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	<p>ANTIPALUDÉENS</p> <p>SP/FANSIDAR ... A</p> <p>CHLOROQUINE B</p> <p>AMODIAQUINE C</p> <p>QUININE ..... D</p> <p>COMBINAISON AVEC</p> <p>ARTÉMISININE E</p> <p>AUTRE ANTI-PALUDÉEN</p> <p>_____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP ..... G</p> <p>INJECTION ... H</p> <p>AUTRE MÉDICAMENT</p> <p>ASPIRINE ..... I</p> <p>ACETA-MINOPHEN ... J</p> <p>IBUPROFEN ... K</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	<p>ANTIPALUDÉENS</p> <p>SP/FANSIDAR ... A</p> <p>CHLOROQUINE B</p> <p>AMODIAQUINE C</p> <p>QUININE ..... D</p> <p>COMBINAISON AVEC</p> <p>ARTÉMISININE E</p> <p>AUTRE ANTI-PALUDÉEN</p> <p>_____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP ..... G</p> <p>INJECTION ... H</p> <p>AUTRE MÉDICAMENT</p> <p>ASPIRINE ..... I</p> <p>ACETA-MINOPHEN ... J</p> <p>IBUPROFEN ... K</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>
539	VÉRIFIEZ 538 : Y A-T-IL UN CODE A-F ENCERCLÉ ?	<p>OUI NON</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(RETOURNEZ À 503 À COL. SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553).</p>	<p>OUI NON</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(RETOURNEZ À 503 À COL. SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553).</p>	<p>OUI NON</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU SI PLUS DE NAISSANCE ALLEZ À 553)</p>
540	VÉRIFIEZ 538 : SP/FANSIDAR ('A') DONNÉ	<p>CODE 'A' CODE 'A'</p> <p>ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSEZ À 542) ←</p>	<p>CODE 'A' CODE 'A'</p> <p>ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSEZ À 542) ←</p>	<p>CODE 'A' CODE 'A'</p> <p>ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSEZ À 542) ←</p>
541	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la (SP/Fansidar) ?	<p>JOUR MÊME ..... 0</p> <p>JOUR SUIVANT ... 1</p> <p>2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2</p> <p>3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3</p> <p>NE SAIT PAS ... 8</p>	<p>JOUR MÊME ..... 0</p> <p>JOUR SUIVANT ... 1</p> <p>2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2</p> <p>3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3</p> <p>NE SAIT PAS ... 8</p>	<p>JOUR MÊME ..... 0</p> <p>JOUR SUIVANT ... 1</p> <p>2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2</p> <p>3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3</p> <p>NE SAIT PAS ... 8</p>



N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
542	VÉRIFIEZ 538 :  CHLOROQUINE ('B') DONNÉE	CODE 'B'      CODE 'B' ENCERCLÉ      NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 544) ←	CODE 'B'      CODE 'B' ENCERCLÉ      NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 544) ←	CODE 'B'      CODE 'B' ENCERCLÉ      NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 544) ←
543	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la Chloroquine ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
544	VÉRIFIEZ 538 :  AMODIAQUINE ('C') DONNÉE	CODE 'C'      CODE 'C' ENCERCLÉ      NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 546) ←	CODE 'C'      CODE 'C' ENCERCLÉ      NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 546) ←	CODE 'C'      CODE 'C' ENCERCLÉ      NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 546) ←
545	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'amodiaquine ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
546	VÉRIFIEZ 538 :  QUININE ('D') DONNÉE	CODE 'D'      CODE 'D' ENCERCLÉ      NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 548) ←	CODE 'D'      CODE 'D' ENCERCLÉ      NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 548) ←	CODE 'D'      CODE 'D' ENCERCLÉ      NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 548) ←
547	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la quinine ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
548	VÉRIFIEZ 538 :  COMBINAISON AVEC ARTÉMISININE ('E') DONNÉE	CODE 'E'      CODE 'E' ENCERCLÉ      NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 550) ←	CODE 'E'      CODE 'E' ENCERCLÉ      NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 550) ←	CODE 'E'      CODE 'E' ENCERCLÉ      NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 550) ←

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
549	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre une (COMBINAISON AVEC DE L'ARTÉMISININE) ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
550	VÉRIFIEZ 538 :  AUTRE ANTIPALUDÉEN ('F') DONNÉ	CODE 'F'      CODE 'F' ENCERCLÉ      NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓                    ↓ (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553) ↓	CODE 'F'      CODE 'F' ENCERCLÉ      NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓                    ↓ (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553) ↓	CODE 'F'      CODE 'F' ENCERCLÉ      NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓                    ↓ (RETOURNEZ À 503 À L'AVANT-DER. COL. DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553) ↓
551	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre (AUTRE ANTIPALUDÉEN) ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
552		RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553.	RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553.	ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553.

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
553	<p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES :</p> <p>NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2006 OU PLUS TARD VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/>      AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p>INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE ET CONTINUEZ AVEC 554</p> <p>_____</p> <p>(NOM)</p>		556
554	<p>La dernière fois que (NOM DE 553) est allé aux toilettes, qu'avez-vous fait des excréments ?</p>	<p>ENFANT A UTILISÉ TOILETTES OU LATRINES ..... 01</p> <p>A JETÉ/RINSÉ DANS TOILETTES OU LATRINES ..... 02</p> <p>A JETÉ/RINCÉ DANS ÉGOUT OU CANIVEAU ..... 03</p> <p>JETÉ AUX ORDURES ..... 04</p> <p>ENTERRÉ ..... 05</p> <p>LAISSÉ À L'AIR ..... 06</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
555	<p>VÉRIFIEZ 522(a) ET 522(b), TOUTES LES COLONNES :</p> <p>AUCUN ENFANT N'A REÇU DE LIQUIDE DE SACHET SRO OU DE LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ <input type="checkbox"/></p> <p>UN ENFANT A REÇU DU LIQUIDE DE SACHET SRO OU DU LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ <input type="checkbox"/></p>		557
556	<p>Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé [NOM LOCAL DES SACHETS SRO OU DU SRO PRÉCONDITIONNÉ] que vous pouvez obtenir pour le traitement de la diarrhée ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
557	<p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES :</p> <p>NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2009 OU PLUS TARD VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/>      AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p>INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE ET CONTINUEZ AVEC 558</p> <p>_____</p> <p>(NOM)</p>		601

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
558	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les liquides et aliments que (NOM DE 557) a consommés hier pendant le jour ou la nuit. J'aimerais, en particulier, savoir si votre enfant a reçu le liquide ou l'aliment que je vais citer, même s'il était mélangé avec d'autres nourritures.		
	Est-ce que (NOM DE 557) (a bu ou mangé) :	OUI NON NSP	
	a) De l'eau ?	<b>a)</b> 1 2 8	
	b) Des jus ou des boissons à base de jus ?	<b>b)</b> 1 2 8	
	c) De la soupe ?	<b>c)</b> 1 2 8	
	d) Du lait tel que du lait en boîte, en poudre ou du lait frais d'animal ?	<b>d)</b> 1 2 8	
	SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu du lait ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT <input type="text"/>	
	e) Du lait en poudre pour bébé ?	<b>e)</b> 1 2 8	
	SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle bu du lait en poudre pour bébé ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT EN POUVRE <input type="text"/>	
	f) D'autres liquides ?	<b>f)</b> 1 2 8	
	g) Du yaourt ?	<b>g)</b> 1 2 8	
	SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle mangé du yaourt ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A MANGÉ DU YAOURT <input type="text"/>	
	h) Une préparation comme Cerelac, Blédine, Gallia, Farinor,... ?	<b>h)</b> 1 2 8	
	i) Du pain, du riz, des pâtes, bouillie d'avoine ou autres préparations à base de céréales ?	<b>i)</b> 1 2 8	
	j) Des citrouilles, carottes, courges ou pommes de terre douces qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur ?	<b>j)</b> 1 2 8	
	k) Des pommes de terre, ignames blanches, manioc, cassava, ou préparations à base de tubercules ?	<b>k)</b> 1 2 8	
	l) Des légumes à feuilles vert foncé ?	<b>l)</b> 1 2 8	
	m) Des mangues, papayes mûres ou tomates ?	<b>m)</b> 1 2 8	
	n) D'autres fruits ou légumes tels que banane poyo, aricot vert, ... ?	<b>n)</b> 1 2 8	
	o) Du foie, rognons, coeur ou autres abats ?	<b>o)</b> 1 2 8	
	p) De la viande de boeuf, de porc, d'agneau, de chèvre, du poulet ou du canard ?	<b>p)</b> 1 2 8	
	q) Des oeufs ?	<b>q)</b> 1 2 8	
	r) Du poisson frais ou séché ou des crustacés ?	<b>r)</b> 1 2 8	
	s) N'importe quelle préparation à base de haricots, pois, lentilles ou noix ?	<b>s)</b> 1 2 8	
	t) Du fromage ou d'autres aliments à base de lait ?	<b>t)</b> 1 2 8	
	u) N'importe quelle préparation à base d'aliments solides, semi solides, ou mous ?	<b>u)</b> 1 2 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
559	<p>VÉRIFIEZ 558 (CATÉGORIES "g" À "u") :</p> <p>PAS UN SEUL "OUI" <input type="checkbox"/></p> <p>AU MOINS UN 'OUI' OU TOUT NE SAIT PAS <input type="checkbox"/></p>		561
560	<p>Est-ce que hier durant le jour ou la nuit (NOM) a mangé des aliments solides, semi solides ou mous ?</p> <p>SI 'OUI' INSISTEZ : Quel type d'aliments solide, semi solide ou mou (NOM DE 557) a-t-il/elle mangé hier durant le jour ou la nuit ?</p>	<p>OUI ..... 1 (RETOURNEZ À 558 POUR ENREGISTRER LES ALIMENTS CONSOMMÉS HIER.)</p> <p>NON ..... 2</p>	601
561	<p>Combien de fois (NOM DE 557) a-t-il mangé des aliments solides, semi solides ou mous hier durant le jour ou la nuit ?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</p>	<p>NOMBRE DE FOIS ..... <input type="checkbox"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
613	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains aspects importants de la vie.</p> <p>Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels ?</p>	<p>N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS ..... 00</p> <p>ÂGE EN ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>1<sup>ère</sup> FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIER) MARI/PARTENAIRE ..... 95</p>	→ 628
614	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Je voudrais vous assurer de nouveau que toutes vos réponses sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante.</p>		
615	<p>Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la <u>dernière</u> fois ?</p> <p>S'IL Y A MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS.</p> <p>S'IL Y A 12 MOIS (UN AN) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.</p>	<p>IL Y A .... JOURS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>IL Y A .... SEMAINES ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>IL Y A .... MOIS ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>IL Y A .... ANNÉES ..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	→ 627

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
616A	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Mais d'abord, je voudrais vous assurer de nouveau que toutes vos réponses sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante.			
616	Quand avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne pour la dernière fois ?		IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
617	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels (avec cette seconde/troisième personne), un condom a-t-il été utilisé ? (2)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 619) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 619) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 619) ←
618	Un condom a-t-il été utilisé chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
619	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ?  SI PETIT AMI : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariés ? SI OUI, ENCERCLER '2' SI NON, ENCERCLER '3'	MARI ..... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE ... 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 PROSTITUÉ(E)/CLIENT 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 622) ←	MARI ..... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE ... 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 PROSTITUÉ(E)/CLIENT 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 622) ←	MARI ..... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE ... 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 PROSTITUÉ(E)/CLIENT 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 622) ←
620	VÉRIFIEZ 609 :	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE FOIS FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSEZ) À 622) ←	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE FOIS FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSEZ) À 622) ←	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE FOIS FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSEZ) À 622) ←
621	VÉRIFIEZ 613 :	1 <sup>er</sup> FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>er</sup> MARI <input type="text"/> AUTRE <input type="text"/> (PASSEZ À 623)	1 <sup>er</sup> FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>er</sup> MARI <input type="text"/> AUTRE <input type="text"/> (PASSEZ À 623)	1 <sup>er</sup> FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>er</sup> MARI <input type="text"/> AUTRE <input type="text"/> (PASSEZ À 623)
622	Il y a combien de temps que vous avez eu vos premiers rapports sexuels avec cette (seconde/troisième) personne ?	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>
623	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  SI 95 OU PLUS, ENREGISTREZ 95	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  SI 95 OU PLUS, ENREGISTREZ 95	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  SI 95 OU PLUS, ENREGISTREZ 95
624	Quel âge a cette personne ?  INSISTER POUR AVOIR UNE ESTIMATION DE L'ÂGE.	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98
625	À part (cette personne/ces deux personnes), avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 (RETOURNEZ À 616 ← À COL.SUIVANTE) NON ..... 2 (PASSEZ À 627) ←	OUI ..... 1 (RETOURNEZ À 616 ← À COL.SUIVANTE) NON ..... 2 (PASSEZ À 627) ←	
626	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ?  SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE PARTENAIRE EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.			NOMBRE DE PARTENAIRE AU COURS DES 12 DER- NIERS MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  MOIS .....  NE SAIT PAS ..... 98



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A												
627	<p>En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ?</p> <p>SI LA RÉPONSE EST NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE PARTENIAIRES EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</p>	<p>NOMBRE DE PARTENIAIRES SUR LA DURÉE DE VIE ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>													
628	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES DANS CETTE SECTION	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS &lt;10 .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>HOMMES ADULTES .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>FEMMES ADULTES .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	ENFANTS <10 .....	1	2	HOMMES ADULTES .....	1	2	FEMMES ADULTES .....	1	2	
	OUI	NON													
ENFANTS <10 .....	1	2													
HOMMES ADULTES .....	1	2													
FEMMES ADULTES .....	1	2													
629	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des condoms ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 632												
630	<p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT ... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT ... B</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... C</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... D</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G</p> <p>PHARMACIE ..... H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... I</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... J</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... K</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ L (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE ..... M</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE ..... N</p> <p>AMI/PARENTS ..... O</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>													
631	Est-ce que vous pouvez vous procurer des condoms si vous le souhaitez ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8</p>													
632	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des condoms féminins ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 701												

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
633	<p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT ... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT ... B</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... C</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... D</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G</p> <p>PHARMACIE ..... H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... I</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... J</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... K</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ L</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE ..... M</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE ..... N</p> <p>AMI/PARENTS ..... O</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
634	<p>Est-ce que vous pouvez vous procurer des condoms féminins si vous le souhaitez ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8</p>	

**SECTION 7. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
701	VÉRIFIEZ 304 : NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> IL OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→ 712
702	VÉRIFIEZ 226 : ENCEINTE <input type="checkbox"/> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/>		→ 704
703	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Après l'enfant que vous attendez maintenant, souhaiteriez-vous un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus avoir d'enfants ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT ..... 1 PAS D'AUTRE ..... 2 INDÉCISE/NE SAIT PAS ..... 8	→ 705 → 711
704	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/un autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas (plus) avoir d'enfant ?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ... 1 PAS D'AUTRE/AUCUN ..... 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ..... 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS ..... 8	→ 707 → 712 → 710
705	VÉRIFIEZ 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance (d'un/un autre) enfant ? Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS ..... 1 ANNÉE ..... 2 BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ..... 994 APRÈS LE MARIAGE ..... 995 AUTRE ..... 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 998	→ 710 → 712 → 710
706	VÉRIFIEZ 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→ 711
707	VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>		→ 712
708	VÉRIFIEZ 705 : PAS POSÉE <input type="checkbox"/> 24 MOIS OU PLUS OU 02 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/> 00-23 MOIS OU 00-01 AN <input type="checkbox"/>		→ 711

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
709	<p>VÉRIFIEZ 704 :</p> <p>VEUT UN/UN AUTRE ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>NE VEUT PLUS D'ENFANT/AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p>Vous avez dit que dans l'immédiat, vous ne souhaitiez pas (un/un autre) enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>Y a-t-il une autre raison ?</p> <p>Vous avez dit que vous ne vouliez pas (plus) d'enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>Y a-t-il une autre raison ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p>	<p>PAS MARIÉE ..... A</p> <p>RAISONS RELATIVES À LA FÉCONDITÉ</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS ... B</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS C</p> <p>MÉNOPAUSEL/HYSTÉRECTOMIE D</p> <p>NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE E</p> <p>PAS DE RÉGLES DEPUIS DERNIÈRE NAISSANCE ..... F</p> <p>ALLAITE ..... G</p> <p>FATALISTE ..... H</p> <p>OPPOSITION À L'UTILISATION</p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉE ..... I</p> <p>MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ ... J</p> <p>AUTRES OPPOSÉS ..... K</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX ..... L</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>NE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE M</p> <p>NE CONNAÎT AUCUNE SOURCE N</p> <p>RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES</p> <p>EFFETS SECONDAIRES/PROBLÈMES DE SANTÉ ..... O</p> <p>PAS ACCESSIBLE /TROP LOIN ... P</p> <p>TROP CHÈRE ..... Q</p> <p>MÉTHODE PRÉFÉRÉE</p> <p>NON DISPONIBLE ..... R</p> <p>AUCUNE MÉTHODE DISPONIBLE S</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER ... T</p> <p>INTERFÈRE AVEC LES FONCTIONS NORMALES DU CORPS ..... U</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	
710	<p>VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?</p> <p>PAS POSÉE <input type="checkbox"/></p> <p>NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p> <p>OUI, UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p>		→ 712
711	<p>Pensez-vous que vous utiliserez, à un certain moment dans le futur, une méthode contraceptive pour retarder ou éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
712	<p>VÉRIFIEZ 216 :</p> <p>A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>PAS D'ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et que vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ?</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien en voudriez-vous ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.</p>	<p>AUCUN ..... 00</p> <p>NOMBRE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 714</p> <p>→ 714</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																				
713	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;">GARÇONS</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">FILLES</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">N'IMPORTE</td> <td style="width: 35%;"></td> </tr> <tr> <td>NOMBRE</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>AUTRE</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">_____ 96</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3" style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</td> <td></td> </tr> </table>		GARÇONS	FILLES	N'IMPORTE		NOMBRE					AUTRE	_____ 96					(PRÉCISEZ)				
	GARÇONS	FILLES	N'IMPORTE																				
NOMBRE																							
AUTRE	_____ 96																						
	(PRÉCISEZ)																						
714	Au cours des derniers mois, avez-vous : Entendu parler de la planification familiale (PF) à la radio ? Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ? Lu quelque chose sur la planification familiale dans les journaux ou magazines ? Lu quelque chose sur la planification familiale dans les affiches ou prospectus ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">OUI</td> <td style="text-align: right;">NON</td> </tr> <tr> <td>RADIO .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉVISION .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>JOURNAUX OU MAGAZINES ...</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>AFFICHES OU PROSPECTUS ...</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>		OUI	NON	RADIO .....	1	2	TÉLÉVISION .....	1	2	JOURNAUX OU MAGAZINES ...	1	2	AFFICHES OU PROSPECTUS ...	1	2						
	OUI	NON																					
RADIO .....	1	2																					
TÉLÉVISION .....	1	2																					
JOURNAUX OU MAGAZINES ...	1	2																					
AFFICHES OU PROSPECTUS ...	1	2																					
714A	VÉRIFIEZ 714 : POSER LES QUESTIONS 715A UNIQUEMENT À CELLES QUI ONT ENTENDU PARLER DE LA PF A LA RADIO, EN VÉRIFIANT 714.  ENTENDU PARLER, DE PF A LA RADIO OUI, ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 715B																				
715A	Vous m'avez dit que vous entendu parler de la planification à la radio. Avez-vous entendu parler de la planification familiale à :  Radio Côte d'Ivoire ou Fréquence 2 Radio ONUCI-FM ? Radio de proximité ? Radio commerciale ? Radio confessionnelle ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">OUI</td> <td style="text-align: right;">NON</td> </tr> <tr> <td>RADIO CI ou FRCE 2 .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>RADIO ONUCI-FM .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>RADIO DE POXIMITÉ .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>RADIO COMMERCIALE ...</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>RADIO CONFESSIONNELLE ...</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>		OUI	NON	RADIO CI ou FRCE 2 .....	1	2	RADIO ONUCI-FM .....	1	2	RADIO DE POXIMITÉ .....	1	2	RADIO COMMERCIALE ...	1	2	RADIO CONFESSIONNELLE ...	1	2			
	OUI	NON																					
RADIO CI ou FRCE 2 .....	1	2																					
RADIO ONUCI-FM .....	1	2																					
RADIO DE POXIMITÉ .....	1	2																					
RADIO COMMERCIALE ...	1	2																					
RADIO CONFESSIONNELLE ...	1	2																					
715B	VÉRIFIEZ 714 : POSER LES QUESTIONS 715B UNIQUEMENT À CELLES QUI ONT ENTENDU PARLER DE LA PF A LA TELEVISION, EN VÉRIFIANT 714.  ENTENDU PARLER, DE PF A LA TELEVISION OUI, ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 715D																				
715C	Vous m'avez dit que vous vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision. Avez-vous vu quelque chose sur la planification familiale à :  Radio télévision ivoirienne (RTI) ? Chaînes européennes ? Chaînes africaines ? Autres chaînes de télévision ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">OUI</td> <td style="text-align: right;">NON</td> </tr> <tr> <td>RTI .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>CHAÎNES EUROPÉENNES .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>CHAÎNES AFRICAINES .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>AUTRES CHAÎNES .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>		OUI	NON	RTI .....	1	2	CHAÎNES EUROPÉENNES .....	1	2	CHAÎNES AFRICAINES .....	1	2	AUTRES CHAÎNES .....	1	2						
	OUI	NON																					
RTI .....	1	2																					
CHAÎNES EUROPÉENNES .....	1	2																					
CHAÎNES AFRICAINES .....	1	2																					
AUTRES CHAÎNES .....	1	2																					
715D	VÉRIFIEZ 714 : POSER LES QUESTIONS 715E ET 715F UNIQUEMENT À CELLES QUI ONT ENTENDU AU MOINS UN MESSAGE, EN VÉRIFIANT 714.  A REÇU UN MESSAGE, AU MOINS UN 'OUI', ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	AUCUN 'OUI' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	→ 716																				
715E	Avez-vous reçu le message sur :  L'existence de service de planification familiale ? Le lieu où s'approvisionner en méthodes contraceptives ? Le type de méthodes ? Les avantages de la PF sur la santé, l'économie, etc ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">OUI</td> <td style="text-align: right;">NON</td> </tr> <tr> <td>EXISTENCE DE PF .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>LIEU D'APPROVISIONNEMENT ..</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>TYPE DE MÉTHODES ...</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>AVANTAGES DE LA PF ...</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>		OUI	NON	EXISTENCE DE PF .....	1	2	LIEU D'APPROVISIONNEMENT ..	1	2	TYPE DE MÉTHODES ...	1	2	AVANTAGES DE LA PF ...	1	2						
	OUI	NON																					
EXISTENCE DE PF .....	1	2																					
LIEU D'APPROVISIONNEMENT ..	1	2																					
TYPE DE MÉTHODES ...	1	2																					
AVANTAGES DE LA PF ...	1	2																					

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
715F	Quel type de message de consultations prénatales ou d'accouchement avez-vous reçu? La nécessité de fréquenter les services de consultations prénatales ? Les mesures hygiéno-diététique (comment se nourrir, type de sport) ? Les signes de complications du danger d'une grossesse ? Comment préparer la femme à l'accouchement ?	OUI NON NECESSITÉ DE FRÉQUENTER . 1 2 MESURES HYGIENO-DIETETIQU. 1 2 SIGNES DE COMPLICATIONS... 1 2 PRÉPARER LA FEMME ... 1 2	
716	VÉRIFIEZ 601 : OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE <input type="checkbox"/> ↓ OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> ↓ NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/> →		801
717	VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> ↓ N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT OU PAS POSÉE <input type="checkbox"/> →		720
718	Diriez-vous que l'utilisation de la contraception est principalement votre décision, principalement celle de votre (mari/partenaire) ou est-ce une décision commune que vous avez prise ensemble ?	DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE ..... 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE ... 2 DÉCISION COMMUNE ..... 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
719	VÉRIFIEZ 304 : NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> ↓ LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> →		801
720	Est-ce que votre (mari/partenaire) veut le même nombre d'enfants que vous ou en veut-il plus ou moins que vous ?	MÊME NOMBRE ..... 1 PLUS D'ENFANTS ..... 2 MOINS D'ENFANTS ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	

**SECTION 8. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
801	<p>VÉRIFIEZ 601 ET 602 :</p> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 803</p> <p>→ 807</p>
802	Quel âge avait votre (mari/partenaire) à son dernier anniversaire ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	
803	Est-ce que votre (dernier) (mari/partenaire) a fréquenté l'école ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 806
804	Quel est le plus haut niveau d'étude qu'il a atteint: primaire, secondaire ou supérieur ?	<p>PRIMAIRE ..... 1</p> <p>SECONDAIRE ..... 2</p> <p>SUPÉRIEUR ..... 3</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	→ 806
805	<p>Quelle est la (classe/année) la plus élevée qu'il a achevée à ce niveau ?</p> <p>SI MOINS D'1 CLASSE/ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.</p>	<p>CLASSE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	
806	<p>VÉRIFIEZ 801 :</p> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>Quelle est l'occupation de votre (mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail fait-il principalement ?</p> <p>Quelle était l'occupation de votre (dernier) (mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail faisait-il principalement ?</p>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
807	En dehors de votre travail domestique, avez-vous travaillé au cours des sept derniers jours ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 811
808	<p>Comme vous le savez, certaines femmes font un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou une petite affaire ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille.</p> <p>Au cours des sept derniers jours, avez-vous fait quelque chose de ce genre ou un autre travail ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 811
809	Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des sept derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter pour vacances, maladie, maternité ou pour une autre raison ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 811
810	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 815
811	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	
812	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte ?	<p>MEMBRE DE LA FAMILLE ..... 1</p> <p>QUELQU'UN D'AUTRE ..... 2</p> <p>A SON COMPTE ..... 3</p>	
813	Travaillez-vous habituellement toute l'année, ou de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement de temps en temps ?	<p>TOUTE L'ANNÉE ..... 1</p> <p>SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE ..... 2</p> <p>DE TEMPS EN TEMPS ..... 3</p>	
814	Êtes-vous payée en argent ou en nature pour ce travail ou n'êtes-vous pas payée du tout ?	<p>ARGENT SEULEMENT ..... 1</p> <p>ARGENT ET NATURE ..... 2</p> <p>NATURE SEULEMENT ..... 3</p> <p>PAS PAYÉE ..... 4</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
815	VÉRIFIEZ 601 : ACTUELLEMENT MARIÉE/IVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	PAS EN UNION <input type="checkbox"/>	→ 823
816	VÉRIFIEZ 814 : CODE 1 OU 2 ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 819
817	Habituellement, qui décide comment l'argent que vous gagnez va être utilisé : c'est vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	
818	Diriez-vous que vous gagnez plus que votre (mari/partenaire), moins ou à peu près la même chose ?	PLUS QUE LUI ..... 1 MOINS QUE LUI ..... 2 À PEU PRÈS LA MÊME CHOSE ..... 3 MARI/PARTENAIRE NE RAPPORTE PAS D'ARGENT ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	→ 820
819	Habituellement, qui décide comment l'argent que votre (mari/partenaire) gagne va être utilisé: vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 MARI/PARTENAIRE NE RAPPORTE PAS D'ARGENT ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	
820	Habituellement, qui prend les décisions en ce qui concerne vos propres soins de santé: vous, votre (mari/partenaire), conjointement vous et votre (mari/partenaire) ou quelqu'un d'autre ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	
821	Qui prend habituellement les décisions concernant les achats importants pour le ménage ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	
822	Qui prend habituellement les décisions concernant les visites à votre famille ou parents ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT QUELQU'UN D'AUTRE ET MARI/PARTENAIRE ... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	
823	Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE ..... 1 CONJOINTEMENT ..... 2 SEULE ET CONJOINTEMENT ..... 3 N'EN POSSÈDE PAS ..... 4	
824	Est-ce que vous possédez de la terre, seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE ..... 1 CONJOINTEMENT ..... 2 SEULE ET CONJOINTEMENT ..... 3 N'EN POSSÈDE PAS ..... 4	
825	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE POINT DE L'INTERVIEW (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PERSONNES PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS OU PAS PRÉSENTES).	PRES/ PRES/ PAS ÉCOUTE ÉCOUTE PRES. PAS ENFANTS < 10 ..... 1 2 3 MARI ..... 1 2 3 AUTRES HOMMES ... 1 2 3 AUTRES FEMMES ... 1 2 3	
826	Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes : Si elle sort sans le lui dire ? Si elle néglige les enfants ? Si elle argumente avec lui ? Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ? Si elle brûle la nourriture ?	OUI NON NSP SORT SANS LUI DIRE 1 2 8 NÉGLIGE ENFANTS 1 2 8 ARGUMENTE ..... 1 2 8 REFUSES RAPP. SEX 1 2 8 BRÛLE NOURRITURE 1 2 8	



**SECTION 9. VIH/SIDA**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
901	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 937
902	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
903	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par les piqûres de moustiques ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
904	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
905	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne qui a le sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
906	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
907	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
907A	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis par :		
		OUI    NON    NSP	
	Objet tranchants ?	OBJET TRANCH. .... 1    2    8	
	Injections ?	INJECTIONS .... 1    2    8	
	Transfusion sanguine ?	TRANSFUSION .... 1    2    8	
	Brosse à dents ?	BROSSE A DENT .... 1    2    8	
908	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son enfant :		
		OUI    NON    NSP	
	Pendant la grossesse ?	GROSSESSE. .... 1    2    8	
	Au cours de l'accouchement ?	ACCOUCHEMENT ... 1    2    8	
	Pendant l'allaitement ?	ALLAITEMENT .... 1    2    8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A																
909	VÉRIFIEZ 908 : AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓	AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 911																
910	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le virus du sida pour réduire le risque de transmission à son enfant ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
911	VÉRIFIEZ 208 AND 215 :  DERNIÈRE NAISSANCE <input type="checkbox"/> DEPUIS JANVIER 2009 ↓	AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/>  DERNIÈRE NAISSANCE <input type="checkbox"/> AVANT JANVIER 2009	→ 926  → 926																
912	VÉRIFIEZ 408 POUR DERNIÈRE NAISSANCE : A EU DES SOINS <input type="checkbox"/> PRÉNATALS ↓	AUCUN SOIN <input type="checkbox"/> PRÉNATAL	→ 920																
913	VÉRIFIER S'IL Y A D'AUTRE PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ.																		
914	Au cours de l'une de ces visites prénatales pour votre dernière naissance, est-ce que l'on a parlé des sujets suivants ?  Des bébés qui contractent le virus du sida de leur mère ? Des choses qu'on peut faire pour ne pas contracter le sida ? Effectuer un test du virus du sida ?	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIDA DE LA MÈRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>CHOSSES À FAIRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TEST</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	SIDA DE LA MÈRE	1	2	8	CHOSSES À FAIRE	1	2	8	TEST	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
SIDA DE LA MÈRE	1	2	8																
CHOSSES À FAIRE	1	2	8																
TEST	1	2	8																
915	Dans le cadre des visites prénatales, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																	
916	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du virus du sida dans le cadre de vos soins prénatals ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 920																
917	Où le test a-t-il été fait ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT ..... 11 CENTRE DE SANTÉ GOUVT ..... 12 CENTRE CTV INDÉPENDANT ..... 13 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 14 CLINIQUE MOBILE ..... 15 AGENT DE SANTÉ ..... 16 DISPENSAIRE SCOLAIRE ..... 17 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 18 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ MÉDECIN PRIVÉ ..... 21 CENTRE CTV INDÉPENDANT ..... 22 PHARMACIE ..... 23 CLINIQUE MOBILE ..... 24 AGENT DE SANTÉ ..... 25 DISPENSAIRE SCOLAIRE ..... 26 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 27 (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE MAISON ..... 31 CENTRE DE DÉTENTION ..... 32 AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)																	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
918	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 924
919	Toutes les femmes sont censées recevoir des conseils après avoir effectué le test. Après avoir effectué votre test, avez-vous reçu des conseils ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 924
920	VÉRIFIEZ 434 POUR DERNIÈRE NAISSANCE : N'IMPORTE QUEL CODE <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> 21 À 36 ENCERCLÉ ↓		→ 926
921	Entre le moment où vous êtes arrivée pour accoucher et le moment où l'enfant est né, vous a-t-on proposé de faire un test du virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
922	Je ne veux pas connaître les résultats mais vous a-t-on fait un test du virus du sida à ce moment-là ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 926
923	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
924	Avez-vous effectué un test du virus du sida depuis ce moment où vous avez fait un test durant votre grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 927
925	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A .....MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS ..... 95	→ 932
926	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous déjà fait un test pour savoir si vous avez le virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 930
927	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A .....MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS ..... 95	
928	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
929	Où le test a-t-il été fait ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT ..... 11 CENTRE DE SANTÉ GOUVT ..... 12 CENTRE CTV INDÉPENDANT ..... 13 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 14 CLINIQUE MOBILE ..... 15 AGENT DE SANTÉ ..... 16 DISPENSARE SCOLAIRE ..... 17 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 18 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ MÉDECIN PRIVÉ ..... 21 CENTRE CTV INDÉPENDANT ..... 22 PHARMACIE ..... 23 CLINIQUE MOBILE ..... 24 AGENT DE SANTÉ ..... 25 DISPENSARE SCOLAIRE ..... 26 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 27 (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE MAISON ..... 31 CENTRE DE DÉTENTION ..... 32  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	→ 932

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
930	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour faire un test du virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 932
931	Où est-ce ?  Pas d'autre endroit ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT/NOM DES ENDROITS)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT ..... A CENTRE DE SANTÉ GOUVT ..... B CENTRE CTV INDÉPENDANT ..... C CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... D CLINIQUE MOBILE ..... E AGENT DE SANTÉ ..... F AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... G (PRÉCISEZ)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ MÉDECIN PRIVÉ ..... H CENTRE CTV INDÉPENDANT ..... I PHARMACIE ..... J CLINIQUE MOBILE ..... K AGENT DE SANTÉ ..... L AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... M (PRÉCISEZ)  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	
932	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
933	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non ?	OUI, RESTE SECRET ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ..... 8	
934	Si un membre de votre famille tombait malade avec le sida, seriez-vous prête à prendre soin de lui/elle dans votre propre ménage ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ..... 8	
935	Si une enseignante a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade, est-ce que, à votre avis, elle devrait être autorisée à continuer à enseigner à l'école ?	DEVRAIT ÊTRE AUTORISÉE ..... 1 NE DEVRAIT PAS ÊTRE AUTORISÉE ..... 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ..... 8	
936	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation de condoms pour éviter de contracter le sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ..... 8	
937	VÉRIFIEZ 901 :  A ENTENDU <input type="checkbox"/> PARLER DU SIDA ↓ Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?  N'A PAS ENTENDU <input type="checkbox"/> PARLER DU SIDA ↓ Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A	
938	VÉRIFIEZ 613 : A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>		→ 946	
939	VÉRIFIEZ 937 : A ENTENDU PARLER D'AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 941	
940	J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois. Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
941	Il arrive parfois que les femmes aient des pertes vaginales, anormales et malodorantes. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales anormales et malodorantes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
942	Il arrive parfois que les femmes aient une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
943	VÉRIFIEZ 940, 941, ET 942 : A EU UNE INFECTION (AU MOINS UN 'OUI') <input type="checkbox"/> N'A PAS EU D'INFECTION OU NE SAIT PAS <input type="checkbox"/>		→ 946	
944	La dernière fois que vous avez eu (PROBLEME DÉCLARÉ À 940/941/942), avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 946	
945	Où êtes-vous allée ? Pas d'autre endroit ?  INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT ..... A CENTRE DE SANTÉ GOUVT ..... B CENTRE CTV INDÉPENDANT ..... C CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... D CLINIQUE MOBILE ..... E AGENT DE SANTÉ ..... F AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... G (PRÉCISEZ)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ MÉDECIN PRIVÉ ..... H CENTRE CTV INDÉPENDANT ..... I PHARMACIE ..... J CLINIQUE MOBILE ..... K AGENT DE SANTÉ ..... L AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... M (PRÉCISEZ)  AUTRE SOURCE BOUTIQUE ..... N AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)		
946	Si une femme sait que son mari est atteint d'une maladie qu'elle peut contracter au cours de rapports sexuels, pensez-vous qu'il est justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent des condoms quand ils ont des rapports sexuels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
947	Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a des relations sexuelles avec des femmes autres que ses épouses ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
948	VÉRIFIEZ 601 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 1001	
949	Pouvez-vous refuser d'avoir des rapports sexuels avec votre mari/partenaire quand vous ne souhaitez pas en avoir ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 CELA DÉPEND/PAS SÛRE ..... 8		
950	Pourriez-vous demander à votre mari/partenaire d'utiliser un condom si vous vouliez qu'il en utilise un ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 CELA DÉPEND/PAS SÛRE ..... 8		

**SECTION 10. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1001	Je voudrais maintenant vous poser d'autres questions concernant des problèmes de santé. Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on fait une injection pour une raison quelconque ?  SI OUI : Combien d'injections avez-vous eu ? SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST 90 OU PLUS, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTREZ '90'. SI LA RÉPONSE EST NON-NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/>  AUCUNE ..... 00	→ 1004
1002	Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou un autre prestataire de santé ?  SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST 90 OU PLUS, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTREZ '90'. SI LA RÉPONSE EST NON-NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/>  AUCUNE ..... 00	→ 1004
1003	La dernière fois que vous avez eu une injection effectuée par un prestataire de santé, est-ce qu'il/elle a pris la seringue et l'aiguille d'un emballage neuf qui n'avait pas été ouvert ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1004	Fumez-vous actuellement des cigarettes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1006
1005	Au cours des dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumé ?	NOMBRE DE CIGARETTES ..... <input type="text"/>	
1006	Actuellement, est-ce que vous fumez ou utilisez un autre type de tabac ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1008
1007	Quel (autre) type de tabac fumez-vous ou utilisez-vous ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PIPE ..... A TABAC À MACHER ..... B TABAC À PRISER ..... C  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
1008	Il peut arriver que, pour différentes raisons, les femmes aient des difficultés pour obtenir un avis médical ou se faire soigner. Quand vous êtes malade et que vous voulez un avis médical ou un traitement, est-ce que chacune des raisons suivantes constituent, pour vous, un problème important ou non ?  Obtenir la permission d'aller voir un médecin ?  Obtenir l'argent nécessaire pour le conseil ou le traitement ?  La distance pour atteindre l'établissement de santé ?  Pas de personnel de santé féminin ?  Ne pas vouloir y aller seule ?	PROBLÈME IMPOR- TANT PAS PRO- BLÈME IMPOR- TANT PERMISSION D'ALLER ..... 1 ..... 2 OBTENIR L'ARGENT ... 1 ..... 2 DISTANCE ..... 1 ..... 2 PAS DE PERS. FEMME . 1 ..... 2 Y ALLER SEULE ..... 1 ..... 2	
1009	Êtes-vous couverte par une assurance médicale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1011
1010	Par quel type d'assurance êtes-vous couverte ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ASSURANCE MUTUELLE/ ASSURANCE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ..... A ASSURANCE SANTÉ PAR L'EMPLOYEUR ..... B SÉCURITÉ SOCIALE ..... C AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE ..... D AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
1011	Avez-vous déjà eu des problèmes d'incontinence d'urine ou de selles ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1011A	Avez-vous déjà entendu parler du cancer du sein ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	↓ → 1011C
1011B	Avez-vous déjà fait un test du cancer du sein ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1011C	Avez-vous déjà entendu parler du cancer du col de l'utérus ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	↓ → 1101
1011D	Avez-vous déjà fait un test du col de l'utérus ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	

**SECTION 11. EXCISION**

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1101	Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1103
1102	Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1201
1103	Vous-même, avez-vous été excisée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1109
1104	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui vous a été fait à ce moment-là. Vous a-t-on retiré des chairs de la zone génitale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 1106
1105	Vous a-t-on seulement entaillé les parties génitales sans enlever de chairs ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1106	Vous a-t-on fermé la zone génitale par une couture ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1107	Quel âge aviez-vous quand on vous a excisée ?  SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE EXACT, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>  EN TANT QUE BÉBÉ/ PENDANT L'ENFANCE ..... 95 NE SAIT PAS ..... 98	
1108	Qui a procédé à votre excision ?	<b>TRADITIONNEL</b> EXCISEUSE TRADITIONNELLE ... 11 MATRONE/ACCOUCHEUSE TRAD. 12 AUTRE TRADITIONNEL _____ 16 (PRÉCISEZ)  <b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 21 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME ..... 22 AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTÉ _____ 26 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98	
1109	VÉRIFIEZ 213, 215 ET 216 :  A AU MOINS <input type="checkbox"/> UNE FILLE VIVANTE NÉE EN 1996 OU PLUS TARD  N'A AUCUNE <input type="checkbox"/> FILLE VIVANTE NÉE EN 1996 OU PLUS TARD		→ 1116

	<p>VÉRIFIEZ 213, 215 ET 216: INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET LE NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 1996 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS POUR TOUTES CES FILLES . COMMENCEZ PAR LA PLUS JEUNE. (S'IL Y A PLUS DE 6 FILLES, UTILISEZ DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).</p> <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur (votre/vos filles) .</p>			
1110	<p>NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 1996 OU PLUS TARD.</p>	<p>FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE</p> <p>(1<sup>ère</sup> FILLE LA PLUS JEUNE)</p> <p>NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p>	<p>AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE</p> <p>(2<sup>e</sup> FILLE LA PLUS JEUNE)</p> <p>NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p>	<p>AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (3<sup>e</sup> FILLE LA PLUS JEUNE)</p> <p>NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p>
1111	<p>Est-ce que (NOM DE LA FILLE) est excisée ?</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1111 ← À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1111 ← À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1111 ← À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)</p>
1112	<p>Quel âge avait (NOM DE LA FILLE) quand elle a été excisée ?</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>
1113	<p>Lui a-t-on fermé la zone génitale par une couture ? INSISTEZ : la zone génitale a-t-elle été fermée ?</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8</p>
1114	<p>Qui a procédé à l'excision de votre fille ?</p>	<p><b>TRADITIONNEL</b> EXCISEUSE TRADITION. ... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION. .... 12 AUTRE TRAD. .... 16 _____ (PRÉCISEZ)</p> <p><b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 21 INFIRMIÈRE/ ..... SAGE-FEMME. ... 22 AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ ..... 26 _____ (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p><b>TRADITIONNEL</b> EXCISEUSE TRADITION. .... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION. .... 12 AUTRE TRAD. .... 16 _____ (PRÉCISEZ)</p> <p><b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 21 INFIRMIÈRE/ ..... SAGE-FEMME. ... 22 AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ ..... 26 _____ (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p><b>TRADITIONNEL</b> EXCISEUSE TRADITION. .... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION. .... 12 AUTRE TRAD. .... 16 _____ (PRÉCISEZ)</p> <p><b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 21 INFIRMIÈRE/ ..... SAGE-FEMME. ... 22 AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ ..... 26 _____ (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>
1115		<p>RETOURNEZ À 1111 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.</p>	<p>RETOURNEZ À 1111 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.</p>	<p>RETOURNEZ À 1111 À LA COLONNE SUIVANTE DE LA PAGE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.</p>



1110	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 1996 OU PLUS TARD.	AVANT AVANT AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (4 <sup>e</sup> FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	AVANT AVANT AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (5 <sup>e</sup> FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	AVANT AVANT AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (6 <sup>e</sup> FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
1111	Est-ce que (NOM DE LA FILLE) est excisée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1111 ← À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1111 ← À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1111 ← À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)
1112	Quel âge avait (NOM DE LA FILLE) quand elle a été excisée ?  SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98
1113	Lui a-t-on fermé la zone génitale par une couture ? INSISTEZ : la zone génitale a-t-été fermée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
1114	Qui a procédé à l'excision de votre fille ?	<b>TRADITIONNEL</b> EXCISEUSE TRADITION. ... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION. .... 12 AUTRE TRAD. .... 16 (PRÉCISEZ) <b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 21 INFIRMIÈRE/ ..... SAGE-FEMME. .... 22 AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ ..... 26 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98	<b>TRADITIONNEL</b> EXCISEUSE TRADITION. .... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION. .... 12 AUTRE TRAD. .... 16 (PRÉCISEZ) <b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 21 INFIRMIÈRE/ ..... SAGE-FEMME. .... 22 AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ ..... 26 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98	<b>TRADITIONNEL</b> EXCISEUSE TRADITION. .... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION. .... 12 AUTRE TRAD. .... 16 (PRÉCISEZ) <b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 21 INFIRMIÈRE/ ..... SAGE-FEMME. .... 22 AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ ..... 26 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98
1115		RETOURNEZ À 1111 À LA COLONNE SUIVANTE DE CETTE PAGE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.	RETOURNEZ À 1111 À LA COLONNE SUIVANTE DE CETTE PAGE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.	RETOURNEZ À 1111 À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.
1116	Pensez-vous que l'excision est exigée par votre religion ?		OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1117	Pensez-vous que l'excision est une pratique qui doit continuer ou qui doit être abandonnée ?		CONTINUER ..... 1 ABANDONNER ..... 2 CELA DÉPEND ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	
1117A	L'excision est-elle autorisée par la loi ?		OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	

**SECTION 12. RELATIONS DANS LE MENAGE**

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
1201	VÉRIFIER LA PAGE DE COUVERTURE: LA FEMME QUE VOUS ENQUÊTEZ A ETE SÉLECTIONNÉE POUR LES RELATIONS DANS LE MENAGE? SI OUI <input type="checkbox"/> SI NON <input type="checkbox"/>		1301A
1201A	VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES : NE PAS CONTINUER JUSQU' À CE QUE VOUS SOYEZ COMPLÈTEMENT EN PRIVÉ. ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT À LA SITUATION ET SUIVRE LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE VOUS ÊTES EN PRIVÉ <input type="checkbox"/> 1 IMPOSSIBLE D'ÊTRE EN PRIVÉ (REVENIR PLUS TARD LORSQUE VOUS SEREZ SURE D'ÊTRE SEULE AVEC L'ENQUETEE) <input type="checkbox"/> 2		1228
	LIRE À TOUTES LES ENQUÊTÉES : Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions à propos de certains aspects des relations à l'intérieur du couple. Je sais que certaines de ces questions sont très personnelles. Cependant, vos réponses sont très importantes pour nous aider à comprendre la situation des femmes en Côte d'Ivoire. Je vous garantis que vos réponses resteront complètement confidentielles et ne seront répétées à personne. Je tiens aussi à vous informer que vous êtes la seule personne dans votre ménage à qui ces questions seront posées et que personne ne saura que l'on vous a posé ces questions. Si quelqu'un arrivait pendant que nous discutons, nous passerons à un autre sujet.		
1202	VÉRIFIER 601, 602 ET 603 : ACTUEL. EN UNION OU VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> DIVORCÉE / VEUVE SEPARÉE <input type="checkbox"/> JAMAIS ETE EN UNION JAMAIS VECUE AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>		1214
1203	Quand deux personnes sont mariées ou vivent ensemble, elles partagent de bons et mauvais moments. Dans vos rapports avec votre (dernier) mari/partenaire est-ce que les faits suivants (se produisent/se produisaient) fréquemment, parfois ou jamais ? a) Il (passe/passait) habituellement son temps libre avec vous ? b) Il vous (consulte/consultait) au sujet de différentes questions du ménage? c) Il (est/était) affectueux avec vous ? d) Il vous (respecte/respectait) et (tient/tenait) compte de vos désirs?	FREQUE- MENT PAR- FOIS JA- MAIS  TEMPS LIBRE .. 1 2 3 CONSULTE ..... 1 2 3 AFFECTION ..... 1 2 3 RESPECTE.... 1 2 3	
1204	Maintenant, je vais vous poser des questions à propos de situations que les femmes peuvent rencontrer. S'il vous plaît, dites-moi si les faits suivants s'appliquent à vos relations avec votre (dernier) mari/partenaire ? a) Il (est/était) jaloux ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres hommes? b) Il vous (accuse/accusait) souvent d'être infidèle? c) Il ne vous (permet/permettait) pas de rencontrer vos amies de sexe féminin? d) Il (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille d'origine? e) Il (insiste/insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments? f) Il ne vous (fait/faisait) pas confiance en ce qui concerne l'argent? g) Il vous (empêche/empêchait) d'exercer un métier ou il (n'est/n'était) pas d'accord pour que vous travailliez ?	OUI NON NSP  JALOUX..... 1 2 8 ACCUSE..... 1 2 8 VOIR AMIES.. 1 2 8 VISITE FAM... 1 2 8 OÙ VOUS ÊTES 1 2 8 ARGENT..... 1 2 8 MÉTIER..... 1 2 8	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
1205	<p>Maintenant, si vous le permettez, je voudrais vous poser d'autres questions concernant vos relations avec votre (dernier) mari/partenaire.</p> <p>1205A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari/partenaire/":</p> <p>a)- vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes ? OUI ..... 1 → NON..... 2 ↓</p> <p>b)- vous menace ou quelqu'un proche de vous? OUI ..... 1 → NON..... 2 ↓</p>	<p>1205B. Combien de fois cela s'est-il produit au cours des 12 derniers mois?</p> <p>a) NOMBRE FOIS... <input type="text"/><input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE.. 95</p> <p>b) NOMBRE FOIS..... <input type="text"/><input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE.. 95</p>	
1206	<p>Maintenant, si vous le permettez, je voudrais vous poser d'autres questions concernant vos relations avec votre (dernier) mari/partenaire.</p> <p>1206A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari/partenaire/":</p> <p>a)- vous bouscule, secoue, ou jette quelque chose contre vous? OUI ..... 1 → NON..... 2 ↓</p> <p>b)- vous gifle ou torde le bras? OUI ..... 1 → NON..... 2 ↓</p> <p>c)- vous frappe à coup de poing ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser? OUI ..... 1 → NON..... 2 ↓</p> <p>d)- vous donne des coups de pied ou vous traîne à terre? OUI ..... 1 → NON..... 2 ↓</p> <p>e) essaye de vous étrangler ou de vous brûler? OUI ..... 1 → NON..... 2 ↓</p> <p>f)- vous menace avec un couteau, un pistolet ou un autre type d'arme ? OUI ..... 1 → NON..... 2 ↓</p> <p>g)- vous attaque avec un couteau, un pistolet ou un autre type d'arme ? OUI ..... 1 → NON..... 2 ↓</p> <p>h)- vous force physiquement à avoir des rapports sexuels même quand vous ne vouliez pas ? OUI ..... 1 → NON..... 2 ↓</p> <p>i)- vous force à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ? OUI ..... 1 → NON..... 2 ↓</p>	<p>1206B. Combien de fois cela s'est-il produit au cours des 12 derniers mois?</p> <p>a) NOMBRE FOIS..... <input type="text"/><input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE.. 95</p> <p>b) NOMBRE FOIS..... <input type="text"/><input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE.. 95</p> <p>c) NOMBRE FOIS..... <input type="text"/><input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE.. 95</p> <p>d) NOMBRE FOIS..... <input type="text"/><input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE.. 95</p> <p>e) NOMBRE FOIS..... <input type="text"/><input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE.. 95</p> <p>f) NOMBRE FOIS..... <input type="text"/><input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE.. 95</p> <p>g) NOMBRE FOIS..... <input type="text"/><input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE.. 95</p> <p>h) NOMBRE FOIS..... <input type="text"/><input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE.. 95</p> <p>i) NOMBRE FOIS..... <input type="text"/><input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE.. 95</p>	
1207	<p>VÉRIFIEZ 1206</p> <p>AU MOINS UN "OUI" <input type="checkbox"/></p> <p>PAS UN SEUL "OUI" <input type="checkbox"/></p>		→ 1210 A

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
1208	Combien de temps après (votre mariage/union/avoir commencé à être) avec votre (dernier) mari/partenaire/ ce ou (ces comportements) s'est ou (se sont) produits pour la première fois ?	NOMBRE D'ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/> AVANT MARIAGE / UNION..... 95 APRÈS SÉPARATION/ DIVORCE..... 96	
1209A ET 1209B	1209A. Est-ce qu'à la suite d'un comportement quelconque, mais délibéré de votre (dernier) mari/partenaire envers vous, il vous est arrivé d'avoir un des problèmes suivants ?	1209B. Combien de fois cela s'est-il produit au cours des 12 derniers mois?	
	a)- d'avoir les hématomes et meurtrissures? OUI ..... 1 → NON..... 2 ↓	a) NOMBRE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE.. 95	
	b)- d'avoir une blessure, une fracture ou une entorse ? OUI ..... 1 → NON..... 2 ↓	b) NOMBRE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE.. 95	
	c)- d'être allée chez le docteur ou dans un centre de santé à cause de quelque chose que votre (dernier) mari/partenaire vous avait fait ? OUI ..... 1 → NON..... 2 ↓	c) NOMBRE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE.. 95	
1210A	Est-ce que vous avez déjà dit ou fait quelque chose pour humilier ou menacer votre (derniers) mari/partenaire devant d'autres personnes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1210
1210B	Combien de temps après (votre mariage/union/avoir commencé à être) avec votre (dernier) mari/partenaire/ ce ou (ces comportements) s'est ou (se sont) produits pour la première fois ?	NOMBRE D'ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/> AVANT MARIAGE / UNION..... 95 APRÈS SÉPARATION/ DIVORCE..... 96	
1210	Vous est-il déjà arrivé de battre, de gifler, de donner des coups de pied ou de faire quelque chose d'autre pour agresser physiquement votre (dernier) mari/partenaire/ alors qu'il ne vous avait ni battue, ni agressé physiquement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1212
1211	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous battu, giflé, donné des coups de pied ou fait quelque chose d'autre pour agresser physiquement votre (dernier) mari/partenaire/ alors qu'il ne vous avait ni battue, ni agressée physiquement ?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE.... 95	
1212	Est-ce que votre (dernier) mari/partenaire/ boit (buvait) de l'alcool ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1214
1213	Est-ce qu'il lui arrive (est arrivé) d'être ivre très souvent, seulement quelques fois ou jamais ?	TRÈS SOUVENT ..... 1 QUELQUES FOIS..... 2 JAMAIS..... 3	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
1214	VÉRIFIEZ 1202		
	<p>MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME/SEPARÉE DIVORCÉE <input type="checkbox"/></p> <p>Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre que votre (actuel/dernier) mari/partenaire vous a battu, giflé, donné des coups de pied ou fait quelque chose afin de vous agresser physiquement ?</p>	<p>JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS ETE EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>Depuis l'âge de 15 ans, est ce que quelqu'un vous a battu, giflé, donné des coups de poing ou fait quelque chose afin de vous agresser physiquement ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>PAS DE RÉPONSE ..... 3</p> <p>→ 1219</p>
1215	<p>Qui vous a agressé physiquement de cette façon ?</p> <p>Quelqu'un d'autre?</p> <p>ENCERCLER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MERE..... A</p> <p>PERE..... B</p> <p>NOUV. FEMME DE VOTRE PERE .. C</p> <p>NOUV. MARI/PARTENAIRE DE VOTRE MERE..... D</p> <p>SOEUR..... E</p> <p>FRERE..... F</p> <p>FILLE..... G</p> <p>FILS..... H</p> <p>EX MARI /EX PARTENAIRE..... I</p> <p>AMI/PARTEN. SEXUEL ACTUEL..... J</p> <p>EX AMI/EX PARTEN. SEXUEL..... K</p> <p>BELLE MERE (MERE DU MARI)..... L</p> <p>BEAU PERE (PERE DU MARI)..... M</p> <p>AUTR. PARENTES PAR ALLIANCE.. N</p> <p>AUTR. PARENTS PAR ALLIANCE.... O</p> <p>AMIES/FEMMES DE RENCONTRE... P</p> <p>AMIS/HOMMES DE RENCONTRE... Q</p> <p>PROFESSEUR..... R</p> <p>EMPLOYEUR..... S</p> <p>ETRANGER..... T</p> <p>AUTRES ..... X</p> <p>( A PRECISER)</p>	
1216	<p>VÉRIFIER 1215 PLUS D'UNE PERSONNE MENTIONNEE <input type="checkbox"/></p>	<p>SEULEMENT UNE PERSONNE <input type="checkbox"/> MENTIONNEE</p>	→ 1218
1217	<p>Quelle est la personne qui vous a le plus souvent battu, giflé, donné des coups de pied ou fait quelque chose pour vous agresser physiquement ?</p>	<p>MERE..... 01</p> <p>PERE..... 02</p> <p>NOUV. FEMME DE VOTRE PERE .. 03</p> <p>NOUV. MARI/PARTENAIRE DE VOTRE MERE..... 04</p> <p>SOEUR..... 05</p> <p>FRERE..... 06</p> <p>FILLE..... 07</p> <p>FILS..... 08</p> <p>EX MARI /EX PARTENAIRE..... 09</p> <p>AMI/PARTEN. SEXUEL ACTUEL..... 10</p> <p>EX AMI/EX PARTEN. SEXUEL..... 11</p> <p>BELLE MERE (MERE DU MARI)..... 12</p> <p>BEAU PERE (PERE DU MARI)..... 13</p> <p>AUTR. PARENTES PAR ALLIANCE.. 14</p> <p>AUTR. PARENTS PAR ALLIANCE.... 15</p> <p>AMIES/FEMMES DE RENCONTRE... 16</p> <p>AMIS/HOMMES DE RENCONTRE... 17</p> <p>PROFESSEUR..... 18</p> <p>EMPLOYEUR..... 19</p> <p>ETRANGER..... 20</p> <p>AUTRES ..... 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
1218	<p>Au cours des 12 derniers mois, combien de fois cette personne vous a battu, giflé, donné des coups de pied ou a fait quelque chose d'autre pour vous agresser physiquement ?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE.... 95</p>	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
1219	VÉRIFIER Q201, Q226 ET Q230: NAISSANCES VIVANTES, ÉTAT DE GROSSESSE ET NAISSANCES NON VIVANTES  A AU MOINS EU UNE GROSSESSE <input type="checkbox"/> [ Q201 = 1, Q226 = 1 ET Q230= 1]	JAMAIS EU DE GROSSESSE <input type="checkbox"/> [ Q201 = 2, Q226 = (2 ou 8) ET Q230= 2]	→ 1222
1220	Est-ce qu'il est déjà arrivé que quelqu'un vous batte, gifle, donne des coups de pied ou fasse quelque chose pour vous agresser physiquement pendant (une/cette) grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1222
1221	Qui était la personne qui vous a agressé physiquement au cours d'une grossesse?  Quelqu'un d'autre?  ENCERCLER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MERE..... A PERE..... B NOUV. FEMME DE VOTRE PERE .. C NOUV. MARI/PARTENAIRE DE VOTRE MERE..... D SOEUR..... E FRERE..... F FILLE..... G FILS..... H EX MARI /EX PARTENAIRE..... I AMI/PARTEN. SEXUEL ACTUEL..... J EX AMI/EX PARTEN. SEXUEL..... K BELLE MERE (MERE DU MARI)..... L BEAU PERE (PERE DU MARI)..... M AUTR. PARENTES PAR ALLIANCE.. N AUTR. PARENTS PAR ALLIANCE... O AMIES/FEMMES DE RENCONTRE... P AMIS/HOMMES DE RENCONTRE... Q PROFESSEUR..... R EMPLOYEUR..... S ETRANGER..... T AUTRES ..... X ( A PRECISER)	
1222	VÉRIFIER 1206, 1209, 1214 ET 1220:  AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/>		→ 1226
1223	Avez-vous essayé d'obtenir de l'aide?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1225
1224	Après de qui avez-vous recherché de l'aide?  Quelqu'un d'autre?  ENCERCLER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MERE..... A PERE..... B NOUV. FEMME DE VOTRE PERE .. C NOUV. MARI/PARTENAIRE DE VOTRE MERE..... D SOEUR..... E FRERE..... F FILLE..... G FILS..... H EX MARI /EX PARTENAIRE..... I AMI/PARTEN. SEXUEL ACTUEL..... J EX AMI/EX PARTEN. SEXUEL..... K BELLE MERE (MERE DU MARI)..... L BEAU PERE (PERE DU MARI)..... M AUTR. PARENTES PAR ALLIANCE.. N AUTR. PARENTS PAR ALLIANCE... O AMIES/FEMMES DE RENCONTRE... P AMIS/HOMMES DE RENCONTRE... Q PROFESSEUR..... R EMPLOYEUR..... S ETRANGER..... T AUTRES ..... X ( A PRECISER)	→ 1226

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																
1225	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez jamais rechercher de l'aide?	NE SAIT PAS VERS QUI ALLER..... 01 INUTILE/PAS BESOIN..... 02 FAIT PARTIE DE LA VIE..... 03 PEUR DU DIVORCE/SÉPARATION... 04 PEUR D'ÊTRE PLUS BATTUE..... 05 PEUR DE CRÉER PROBLÈMES À LA PERSONNE QUI LA BAT.... 06 GÊNÉE..... 07 VEUT PAS DÉSHONORER LA FAM.. 08 AUTRES _____ 96 (PRÉCISER)																	
1226	Autant que vous le sachiez, est-ce qu'il est arrivé que votre père batte votre mère ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP..... 8																	
1226A	Connaissez-vous un service d'encadrement et d'appui aux femmes en difficulté ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP..... 8																	
REMERCIEZ ENCORE L'ENQUÊTÉE POUR SA COOPÉRATION ET RASSUREZ-LA À PROPOS DE LA CONFIDENTIALITÉ DE SES RÉPONSES. RÉPONDRE AUX QUESTIONS CI-DESSOUS SEULEMENT PAR RAPPORT À LA PARTIE DE L'INTERVIEW CONCERNANT LES RELATIONS DANS LE MENAGE.																			
1227	AVEZ-VOUS EU À INTERROMPRE L'INTERVIEW PARCE QUE L'UNE DES PERSONNES LISTÉES ESSAYAIT D'ÉCOUTER OU EST VENUE DANS LA PIÈCE OU A ESSAYÉ D'INTERVENIR DE N'IMPORTE QUELLE AUTRE FAÇON ?	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI 1 FOIS</th> <th>OUI, PLUS 1 FOIS</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MARI.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRES ADULTES HOMMES..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ADULTES FEMMES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		OUI 1 FOIS	OUI, PLUS 1 FOIS	NON	MARI.....	1	2	3	AUTRES ADULTES HOMMES..	1	2	3	ADULTES FEMMES.....	1	2	3	
	OUI 1 FOIS	OUI, PLUS 1 FOIS	NON																
MARI.....	1	2	3																
AUTRES ADULTES HOMMES..	1	2	3																
ADULTES FEMMES.....	1	2	3																
1228	COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE SI LA SECTION 12 N'A PU ÊTRE MENÉE, EXPLIQUER LES RAISONS  _____ _____ _____																		





Maintenant je voudrais faire la liste de tous vos frères et soeurs, qu'ils/elles soient encore en vie ou non, en partant du plus âgé.  
 NOTER LE NOM DE TOUS LES FRERES ET SOEURS.

1304	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le/la plus âgé(e) (ou suivant) ?	[1] _____	[2] _____	[3] _____	[4] _____	[5] _____	[6] _____
1305	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FEM. 2 NSP 8	MASC. 1 FEM. 2 NSP 8	MASC. 1 FEM. 2 NSP 8	MASC. 1 FEM. 2 NSP 8	MASC. 1 FEM. 2 NSP 8	MASC. 1 FEM. 2 NSP 8
1306	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1308 NSP ... 8 ALLER À [2]	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1308 NSP ... 8 ALLER À [3]	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1308 NSP ... 8 ALLER À [4]	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1308 NSP ... 8 ALLER À [5]	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1308 NSP ... 8 ALLER À [6]	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1308 NSP ... 8 ALLER À [7]
1307	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7]
1308	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
1309	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ?  SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant l'âge de douze ans ?  SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ?	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [7]
1310	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2
1311	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2
1312	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2
1313	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7]
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À 1314							

1304	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le plus âgé (ou suivant) ?	[7] _____	[8] _____	[9] _____	[10] _____	[11] _____	[12] _____	
1305	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2 NSP 8	MASC. 1 FÉM. 2 NSP 8	MASC. 1 FÉM. 2 NSP 8	MASC. 1 FÉM. 2 NSP 8	MASC. 1 FÉM. 2 NSP 8	MASC. 1 FÉM. 2 NSP 8	
1306	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1308 NSP ... 8 ALLER À [8]	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1308 NSP ... 8 ALLER À [9]	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1308 NSP ... 8 ALLER À [10]	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1308 NSP ... 8 ALLER À [11]	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1308 NSP ... 8 ALLER À [12]	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1308 NSP ... 8 ALLER À [13]	
1307	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> ALLER À [13]	
1308	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
1309	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ?  SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant l'âge de douze ans ? SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ?	<input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [8]	<input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [9]	<input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [10]	<input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [11]	<input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [12]	<input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [13]	
1310	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	
1311	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	
1312	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	
1313	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	<input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> ALLER À [13]	
SI IL N'Y A PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À 1314								
1314	ENREGISTRER L'HEURE					HEURES .....	<input type="text"/>	
						MINUTES .....	<input type="text"/>	

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES CONCERNANT L'ENQUÊTÉE

---

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES

---

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES

---

---

---

---

---

---

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---

---

---

---

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

OBSERVATION DE LA CONTRÔLEUSE

---

---

---

---

---

---

NOM DE LA CONTRÔLEUSE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_