

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A								
201	Maintenant je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà eu une naissance vivante ?	OUI..... 1 NON..... 2	206								
202	Avez-vous donné naissance à des fils ou des filles qui habitent actuellement avec vous ?	OUI..... 1 NON..... 2	204								
203	Combien de fils habitent avec vous ? Et combien de filles habitent avec vous ? SI AUCUN(E) ENTRER '00'.	FILS A 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 A 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 donné naissance à des fils ou des filles encore en vie et qui n'habitent pas actuellement avec vous ?	OUI..... 1 NON..... 2	206								
205	Combien de fils sont en vie mais n'habitent pas avec vous ? Et combien de filles sont en vie mais n'habitent pas avec vous ? SI AUCUN(E) ENTRER '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 donné naissance à un fils ou une fille, né(e) vivant(e) mais décédé(e) par la suite ?	OUI..... 1 NON..... 2	207B								
207A	Combien de fils sont décédés ? Et combien de filles sont décédées ? SI AUCUN(E) INSCRIRE '00'	FILS DECEDES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES DECEDEES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
207B	Aucun(e) autre fils ou fille qui a pleuré ou qui a donné un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours et que vous n'avez pas mentionné à la question précédente ?	OUI..... 1 NON..... 2	208								
207C	Combien de fils sont décédés que vous avez oublié ? Et combien de filles décédées que vous avez oublié ? SI AUCUN(E) INSCRIRE '00'	FILS DECEDES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES DECEDEES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
208	FAIRE LA SOMME DES REponses A 203, 205, 207A ET 207C, ET INSCRIRE LE TOTAL. SI AUCUN(E) ENTRER '00'.	TOTAL..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VERIFIER 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"/> → INSISTER ET CORRIGER 201-209 SI NECESSAIRE										
210	VERIFIER 208: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> → 223										

211 Maintenant, je voudrais vous parler de vos naissances, qu'elles soient encore vivantes ou non, en commençant par la première naissance que vous avez eue.
(INSCRIRE A 212 LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES. INSCRIRE LES JUMEAUX ET TRIPLES SUR DES LIGNES SEPARÉES)

212	213	214	215	216	217	218	219	220
Quel nom a été donné à votre (premier, suivant) enfant ?	ENREGISTRER LE GENRE DE NAISSANCE: SIMPLE OU MULTIPLE	(NOM) est-ce un garçon ou une fille ?	En quel mois et quelle année est née(e) (NOM) ? INSISTER: Quand est son anniversaire? OU: En quelle saison ? (1)	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	SI VIVANT: Quel âge avait-il/elle à son dernier anniversaire? INSISTER: COMBIEN D'ANNEES PLEINES ?	SI VIVANT: (NOM) vit-il/elle avec vous ?	SI L'ENFANT A MOINS DE 15 ANS: Avec qui vit-il/elle ? SI 15+: PASSER A LA NAISSANCE SUIVANTE	SI DECÉDÉ: Quel âge avait-il/elle quand il/elle est mort ? SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait-il/elle, en mois ? INSCRIRE EN JOURS SI MOINS D'UN MOIS, EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS, OU EN ANNEES.
01 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... -----	OUI... 1 NON... 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI..... 1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON..... 2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3
02 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... -----	OUI... 1 NON... 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI..... 1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON..... 2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3
03 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... -----	OUI... 1 NON... 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI..... 1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON..... 2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3
04 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... -----	OUI... 1 NON... 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI..... 1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON..... 2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3
05 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... -----	OUI... 1 NON... 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI..... 1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON..... 2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3
06 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... -----	OUI... 1 NON... 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI..... 1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON..... 2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3
07 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... -----	OUI... 1 NON... 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI..... 1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON..... 2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3
08 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... -----	OUI... 1 NON... 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI..... 1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON..... 2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3
09 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... -----	OUI... 1 NON... 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI..... 1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON..... 2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3
10 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... -----	OUI... 1 NON... 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI..... 1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON..... 2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3

(1) Ecrire la saison donnée par la femme, si le mois de naissance est inconnu.

212	213	214	215	216	217	218	219	220
Quel nom a été donné à votre enfant suivant?		(NOM) est-ce un garçon ou une fille ?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM) ?	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	Quel âge avait-il/elle à son dernier anniversaire?	(NOM) vit-il/elle avec vous?	SI L'ENFANT A MOINS DE 15 ANS: Avec qui vit-il/elle?	SI DECEDE: Quel âge avait-il/elle quand il/elle est mort ?
	ENREGISTRER LE GENRE DE NAISSANCE: SIMPLE OU MULTIPLE		INSISTER: Quand est son anniversaire? OU: En quelle saison ? (1)		INSISTER: COMBIEN D'ANNEES PLEINES ?		SI 15+: PASSER A LA NAISSANCE SUIVANTE	SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait-il/elle, en mois ? INSCRIRE EN JOURS SI MOINS D'UN MOIS, EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS, OU EN ANNEES.

11	SIMP.. 1 MULT.. 2 (NOM)	GARÇ. 1 FILL. 2	MOIS... ANNEE...	OUI.. 1 NON.. 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAI.SUIV.)< NON.....2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3
12	SIMP.. 1 MULT.. 2 (NOM)	GARÇ. 1 FILL. 2	MOIS... ANNEE...	OUI.. 1 NON.. 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAI.SUIV.)< NON.....2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3
13	SIMP.. 1 MULT.. 2 (NOM)	GARÇ. 1 FILL. 2	MOIS... ANNEE...	OUI.. 1 NON.. 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAI.SUIV.)< NON.....2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3
14	SIMP.. 1 MULT.. 2 (NOM)	GARÇ. 1 FILL. 2	MOIS... ANNEE...	OUI.. 1 NON.. 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAI.SUIV.)< NON.....2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3
15	SIMP.. 1 MULT.. 2 (NOM)	GARÇ. 1 FILL. 2	MOIS... ANNEE...	OUI.. 1 NON.. 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAI.SUIV.)< NON.....2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3
16	SIMP.. 1 MULT.. 2 (NOM)	GARÇ. 1 FILL. 2	MOIS... ANNEE...	OUI.. 1 NON.. 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAI.SUIV.)< NON.....2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3
17	SIMP.. 1 MULT.. 2 (NOM)	GARÇ. 1 FILL. 2	MOIS... ANNEE...	OUI.. 1 NON.. 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAI.SUIV.)< NON.....2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3
18	SIMP...1 MULT...2 (NOM)	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI.. 1 NON.. 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI..... 1 (PASSER A NAI.SUIV.)< NON..... 2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3

221 COMPARER 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTREES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET NOTER:

LES NOMBRES SONT LES MEMES LES NOMBRES SONT DIFFERENTS (VERIFIER ET CORRIGER)

↓

VERIFIER: POUR CHAQUE NAISSANCE VIVANTE: L'ANNEE DE NAISSANCE EST ENREGISTREE

POUR CHAQUE ENFANT VIVANT: L'AGE ACTUEL EST ENREGISTRE

POUR CHAQUE ENFANT DECEDE: L'AGE AU DECES EST ENREGISTRE

POUR L'AGE AU DECES 12 MOIS: VERIFIER POUR DETERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS

222 VERIFIER 215 ET INSCRIRE LE NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES DEPUIS JANVIER 1987 S'IL N'Y EN A PAS, INSCRIRE 0.

(1) Ecrire la saison donnée par la femme, si le mois de naissance est inconnu.

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
223	Êtes-vous enceinte en ce moment ?	OUI..... 1 NON..... 2 PAS SURE..... 8	226
224	De combien de mois êtes-vous enceinte ? (SI LA FEMME NÉSITE ENTRE 2 MOIS, PRENDRE LE PLUS PETIT)	MOIS..... <input type="text"/>	
225	Au moment où vous êtes devenue enceinte, vouliez-vous devenir enceinte A CE MOMENT LA, vouliez-vous attendre PLUS TARD, ou vouliez-vous NE PAS tomber enceinte ?	A CE MOMENT-LA..... 1 PLUS TARD..... 2 NE VOULAIT PAS..... 3	
226	Il y a combien de temps que vos dernières règles ont commencé ?	JOURS..... 1 <input type="text"/> SEMAINES..... 2 <input type="text"/> MOIS..... 3 <input type="text"/> ANNEES..... 4 <input type="text"/> AVANT LA DERNIERE NAISSANCE.. 994 JAMAIS EU DE REGLES..... 995 EN MEMORPAUSE..... 996	
227	Entre le premier jour des règles d'une femme et le premier jour de ses règles SUIVANTES, quand pensez-vous quelle a le plus de chances de tomber enceinte ? INSISTER: Quels sont les jours du cycle mensuel pendant lesquels une femme doit faire attention pour ne pas tomber enceinte ?	PENDANT SES REGLES..... 1 JUSTE APRES LA FIN DE SES REGLES..... 2 AU MILIEU DU CYCLE..... 3 JUSTE AVANT LE DEBUT DE SES REGLES..... 4 N'IMPORTE QUAND..... 5 AUTRE..... 6 (PRECISER) NSP..... 8	

SECTION 3: CONTRACEPTION

301 Maintenant, je voudrais vous parler de la planification familiale - les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler?

ENCERCLEZ LE CODE 1 DANS 302 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE D'UNE MANIERE SPONTANEE.
 PUIS CONTINUER LA COLONNE EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE NON MENTIONNEE SPONTANEMENT.
 ENCERCLEZ LE CODE 2 SI LA METHODE EST RECONNUE, ET LE CODE 3 SI NON RECONNUE.
 PUIS, POUR CHAQUE METHODE AYANT LE CODE 1 OU 2 ENCERCLE DANS 302, POSER 303-304 AVANT DE PASSER A LA METHODE SUIVANTE.

	302 Avez-vous déjà entendu parler de cette méthode ?	303 Avez-vous déjà utilisé (METHODE) ?	304 Savez-vous où l'on peut aller pour se procurer (METHODE) ?
	LIRE LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE.		
01 PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours.	OUI/SPONTANE..... 1 OUI/DESCRIPTION..... 2 NON..... 3	OUI..... 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON..... 2
02 DIU Certaines femmes ont un stérilet ou un dispositif intra-utérin que le médecin ou l'infirmière leur place dans l'utérus.	OUI/SPONTANE..... 1 OUI/DESCRIPTION..... 2 NON..... 3	OUI..... 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON..... 2
03 INJECTIONS Certaines femmes reçoivent une injection par un médecin ou une infirmière pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	OUI/SPONTANE..... 1 OUI/DESCRIPTION..... 2 NON..... 3	OUI..... 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON..... 2
04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE Certaines femmes se mettent à l'intérieur un diaphragme, des comprimés effervescents, de la gelée avant d'avoir des rapports sexuels.	OUI/SPONTANE..... 1 OUI/DESCRIPTION..... 2 NON..... 3	OUI..... 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON..... 2
05 CONDOM Certains hommes mettent un condom (capote anglaise) pendant les rapports sexuels.	OUI/SPONTANE..... 1 OUI/DESCRIPTION..... 2 NON..... 3	OUI..... 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON..... 2
06 STERILISATION FEMININE Certaines femmes subissent une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI/SPONTANE..... 1 OUI/DESCRIPTION..... 2 NON..... 3	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI..... 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON..... 2
07 STERILISATION MASCULINE Certains hommes subissent une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI/SPONTANE..... 1 OUI/DESCRIPTION..... 2 NON..... 3	OUI..... 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON..... 2
08 MORPLANT Certaines femmes se font insérer 6 petits batonnets dans le bras, sous la peau, qui les empêchent d'avoir des grossesses pendant plusieurs années.	OUI/SPONTANE..... 1 OUI/DESCRIPTION..... 2 NON..... 3	OUI..... 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON..... 2
09 CONTINENCE PERIODIQUE Certains couples évitent d'avoir des rapports sexuels certains jours du cycle pendant lesquels la femme est plus susceptible de devenir enceinte.	OUI/SPONTANE..... 1 OUI/DESCRIPTION..... 2 NON..... 3	OUI..... 1 NON..... 2	Savez-vous où l'on peut obtenir des conseils sur la façon d'utiliser la continence périodique? OUI..... 1 NON..... 2
10 RETRAIT Certains hommes font attention et se retirent avant l'éjaculation.	OUI/SPONTANE..... 1 OUI/DESCRIPTION..... 2 NON..... 3	OUI..... 1 NON..... 2	
11 AUTRES METHODES? Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que des femmes ou des hommes peuvent utiliser pour éviter la grossesse? 1 _____ (PRECISER) 2 _____ (PRECISER) 3 _____ (PRECISER)	OUI/SPONTANE..... 1 NON..... 3	OUI..... 1 NON..... 2 OUI..... 1 NON..... 2 OUI..... 1 NON..... 2	

305 VERIFIER 303: AUCUN "OUI" (N'A JAMAIS UTILISE) AU MOINS UN "OUI" (A UTILISE) → PASSER A 308

N°	QUESTIONS ET FILTRES	PASSER A
306	Avez-vous jamais utilisé ou essayé un moyen quelconque pour retarder ou éviter de tomber enceinte ?	OUI..... <input type="checkbox"/> NON..... <input type="checkbox"/> → 324
307	Qu'avez-vous fait ou utilisé ? CORRIGER 303, 304, 305 (ET 302 SI NECESSAIRE)	_____ (METHODE)
308	Maintenant je voudrais vous parler du moment où, pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte. Combien d'enfants vivants aviez-vous à ce moment-là ? SI AUCUN, ENTRER '00'	NOMBRE D'ENFANTS..... <input type="text"/>
309	VERIFIER 223: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>	→ 324
310	VERIFIER 303: FEMME NON STERILISEE <input type="checkbox"/> FEMME STERILISEE <input type="checkbox"/>	→ 312A
311	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte ?	OUI..... 1 NON..... 2 → 324
312	Quelle méthode utilisez-vous ?	PILULE..... 01 DIU..... 02 INJECTIONS..... 03 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE..... 04 CONDOM..... 05 STERILISATION FEMININE..... 06 STERILISATION MASCULINE..... 07 NORPLANT..... 08 CONTINENCE PERIODIQUE..... 09 RETRAIT..... 10 AUTRE..... 11 (PRECISER)
312A	ENCERCLER '06' POUR LA STERILISATION FEMININE	→ 318 → 318 → 323
313	Au moment où vous avez commencé à utiliser la pilule pour la première fois, avez-vous consulté un médecin ou une infirmière ?	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8
314	Au moment où vous vous êtes procuré des pilules la dernière fois, avez-vous consulté un médecin ou une infirmière ?	OUI..... 1 NON..... 2
315	Puis-je voir le paquet des pilules que vous utilisez en ce moment ? (NOTER LE NOM DE LA MARQUE)	EMBALLAGE VU..... 1 NOM DE LA MARQUE : <input type="text"/> EMBALLAGE NON VU..... 2
316	Connaissez-vous le nom de la marque de pilules que vous utilisez en ce moment ? (NOTER LE NOM DE LA MARQUE)	NOM DE LA MARQUE : <input type="text"/> NSP..... 98
317	Combien vous coûte une boîte de pilules (cycle) ?	PRIX..... <input type="text"/> GRATUIT..... 996 NSP..... 998

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER
			A
318	Où avez-vous obtenu (METHODE) la dernière fois ? _____ (NOM DE L'ENDROIT)	HOPITAL..... 01 CENTRE DE SANTE..... 02 CENTRE SECONDAIRE DE P.F..... 03 ABAKANGURAMBAGA..... 04 MEDECIN OU CLINIQUE PRIVEE..... 05 PHARMACIE..... 06 BOUTIQUE OU KIOSQUE..... 07 CONNAISSANCES/PARENTES..... 09 AUTRE..... 10 (PRECISER) NSP..... 98	→ 321
318A	Où avez-vous fait la stérilisation ? _____ (NOM DE L'ENDROIT)	NSP..... 98	→ 321
319	Combien de temps faut-il pour aller de chez vous à cet endroit ?	MINUTES..... 1 HEURES..... 2 NSP..... 998	
320	Est-ce facile ou difficile de se rendre là-bas ?	FACILE..... 1 DIFFICILE..... 2	
321	VERIFIER 312: ELLE/IL EST STERILISE <input type="checkbox"/> UTILISE UNE AUTRE METHODE <input type="checkbox"/>		→ 323
322	En quel mois et quelle année avez-vous (a-t-il) été stérilisé(e) ?	DATE: MOIS..... ANNEE.....	→ 333
323	Depuis combien de mois utilisez-vous (METHODE ACTUELLE) de façon continue ? (DEPUIS LA DERNIERE GROSSESSE; SI MOINS D'UN MOIS INSCRIRE '00')	MOIS..... SI 5 ANS OU PLUS..... 96	→ 333
324	Avez-vous l'intention d'utiliser une méthode pour éviter de tomber enceinte dans l'avenir ?	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	→ 326 → 329
325	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas l'intention d'utiliser une méthode ?	VEUT DES ENFANTS..... 01 MANQUE D'INFORMATION..... 02 PARTENAIRE DESAPPROUVE..... 03 COUT TROP ELEVE..... 04 EFFETS SECONDAIRES..... 05 PROBLEMES DE SANTE..... 06 DIFFICILE A OBTENIR..... 07 RELIGION..... 08 OPPOSEE A LA PLANIF. FAMILIALE 09 FATALISTE..... 10 AUTRES PERSONNES DESAPPROUVENT 11 RAPPORTS SEX. PEU FREQUENTS... 12 DIFFICULTE A TOMBER ENCEINTE.. 13 MENOPAUSE/STERILISEE..... 14 PAS COMMODE..... 15 NON MARIEE..... 16 AUTRE..... 17 (PRECISER) NSP..... 98	→ 329
326	Avez-vous l'intention d'utiliser une méthode dans les 12 prochains mois ?	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	
327	Quand vous utiliserez une méthode, quelle méthode préférerez-vous utiliser ?	PILULE..... 01 DIU..... 02 INJECTIONS..... 03 SPERMICIDES..... 04 CONDOM..... 05 STERILISATION FEMININE..... 06 STERILISATION MASCULINE..... 07 MORPLANT..... 08 CONTINENCE PERIODIQUE..... 09 RETRAIT..... 10 AUTRE..... 11 (PRECISER) PAS SURE..... 98	→ 328A → 329

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER			
				A		
328	Où pouvez-vous vous procurer (METHODE CITEE A 327) ? (SI PLUSIEURS ENDROITS SONT MENTIONNES, INDIQUER CELUI PREFERE PAR LA FEMME)	HOPITAL PUBLIC..... 01	}	→ 331		
		CENTRE DE SANTE PUBLIC..... 02				
328A	Où pouvez-vous obtenir l'information sur la contenance périodique ? (NOM DE L'ENDROIT)	POSTE SECONDAIRE DE P.F..... 03	}	→ 333		
		ABAKANGURAMBAGA..... 04				
		DOCTEUR PRIVE, CLINIQUE PRIVEE 05	}	→ 331		
		PHARMACIE..... 06				
		BOUTIQUE, KIOSQUE..... 07	}	→ 333		
		EGLISE..... 08				
		CONNAISSANCES/PARENTS..... 09	}	→ 333		
		AUTRE 10				
				(PRECISER)		
				NULLE PART..... 11		
		NSP..... 98				
329	Connaissez-vous un endroit où on peut se procurer une méthode de planification familiale ?	OUI..... 1				
		NON..... 2	→ 333			
330	Où est-ce ? (SI PLUSIEURS ENDROITS SONT MENTIONNES, INDIQUER CELUI PREFERE PAR LA FEMME) (NOM DE L'ENDROIT)	HOPITAL PUBLIC..... 01	}	→ 333		
		CENTRE DE SANTE PUBLIC..... 02				
		POSTE SECONDAIRE DE P.F..... 03	}	→ 333		
		ABAKANGURAMBAGA..... 04				
		DOCTEUR PRIVE, CLINIQUE PRIVEE 05	}	→ 333		
		PHARMACIE..... 06				
		BOUTIQUE, KIOSQUE..... 07	}	→ 333		
		EGLISE..... 08				
		CONNAISSANCES/PARENTS..... 09	}	→ 333		
		AUTRE 10				
		(PRECISER)				
331	Combien de temps faut-il pour aller de chez vous à cet endroit ?	MINUTES..... 1				
		HEURES..... 2				
		NSP..... 998				
332	Est-ce facile ou difficile de se rendre là-bas ?	FACILE..... 1				
		DIFFICILE..... 2				
333	Durant le mois dernier, avez-vous entendu à la radio ou dans les journaux, des annonces à propos de la planifi- cation familiale :			OUI NON		
		à la radio ?	RADIO..... 1	2		
		dans les journaux ?	JOURNAUX..... 1	2		
334	Trouvez-vous qu'il est acceptable ou non que des infor- mations à propos de la P.F soient données à la radio ou dans les journaux ?	ACCEPTABLE..... 1				
		PAS ACCEPTABLE..... 2				
		NSP..... 8				
335	Durant le dernier mois, avez-vous entendu parler de la P.F autrement qu'à la radio ou dans les journaux ?	OUI..... 1				
		NON..... 2	→ 401			
336	Qui vous a informé ?	ABAKANGURAMBAGA..... 1				
		PERSONNEL DE SANTE..... 2				
		AUTRE 3				
				(PRECISEZ)		

SECTION 4. SANTE ET ALLAITEMENT

401	VERIFIER 222 : UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES VIVANTES DEPUIS JANV. 1987	AUCUNE NAISSANCE VIVANTE DEPUIS JANVIER 1987 (PASSER A 501)		
402	ENTRER LE NOM, LE N° DE LIGNE ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1987 DANS LE TABLEAU. POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE. Maintenant, Je voudrais vous poser quelques questions à propos de la santé des enfants que vous avez eus durant les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois)			
	N° DE LIGNE DE LA Q. 212	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	BELON Q. 212 ET Q. 216	DERNIERE NAISSANCE NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>		AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>
		AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>		
403	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), voulez-vous tomber enceinte A CE MOMENT LA, voulez-vous attendre PLUS TARD ou voulez-vous NE PLUS AVOIR d'enfant ?	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405)<_____	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405)<_____	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405)<_____
		PLUS TARD.....2	PLUS TARD.....2	PLUS TARD.....2
		NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 405)<_____	NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 405)<_____	NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 405)<_____
404	Combien de temps auriez-vous voulu attendre ?	MOIS.....1 <input type="text"/>	MOIS.....1 <input type="text"/>	MOIS.....1 <input type="text"/>
		ANNEES.....2 <input type="text"/>	ANNEES.....2 <input type="text"/>	ANNEES.....2 <input type="text"/>
		NSP.....998	NSP.....998	NSP.....998
405	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous vu quelqu'un pour une consultation concernant cette grossesse ? SI OUI, Qui avez-vous vu ? Quelqu'un d'autre ? INSISTER SUR LE GENRE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.	MEDECIN.....1 INFIRMIERE/ASS.MEDICAL..1 ACCOUCHEUSE TRADITION..1 NELLE FORMEE ACCOUCHEUSE TRADITION..1 NELLE NON FORMEE AUTRE _____1 (PRECISER) PERSONNE.....1 (PASSER A 409)<_____	MEDECIN.....1 INFIRMIERE/ASS.MEDICAL..1 ACCOUCHEUSE TRADITION..1 NELLE FORMEE ACCOUCHEUSE TRADITION..1 NELLE NON FORMEE AUTRE _____1 (PRECISER) PERSONNE.....1 (PASSER A 409)<_____	MEDECIN.....1 INFIRMIERE/ASS.MEDICAL..1 ACCOUCHEUSE TRADITION..1 NELLE FORMEE ACCOUCHEUSE TRADITION..1 NELLE NON FORMEE AUTRE _____1 (PRECISER) PERSONNE.....1 (PASSER A 409)<_____
406	Vous a-t-on donné une carte prénatale ou un cahier pour cette grossesse ?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
407	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez vu quelqu'un pour la première fois pour une consultation concernant cette grossesse ?	MOIS..... <input type="text"/>	MOIS..... <input type="text"/>	MOIS..... <input type="text"/>
		NSP.....98	NSP.....98	NSP.....98
408	Combien de visites prénatales avez-vous fait pendant cette grossesse ?	NOMBRE..... <input type="text"/>	NOMBRE..... <input type="text"/>	NOMBRE..... <input type="text"/>
409	Quand vous étiez enceinte de (NOM), vous a-t-on fait une injection pré-natale contre le tétanos ?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 411)<_____	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 411)<_____	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 411)<_____
		NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8
410	Combien de fois avez-vous eu cette injection ?	NOMBRE..... <input type="text"/>	NOMBRE..... <input type="text"/>	NOMBRE..... <input type="text"/>
		NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8

N° DE LIGNE DE LA Q. 212		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS.	AV. AVANT-DERNIERE NAISS.
		NOM	NOM	NOM
411	Où avez-vous accouché de (NOM) ?	A LA MAISON..... 1 DANS UNE AUTRE MAISON... 2 CENTRE DE SANTE, DISPENS. 3 CLINIQUE..... 4 HOPITAL..... 6 AUTRE..... 7 (PRECISER)	A LA MAISON..... 1 DANS UNE AUTRE MAISON... 2 POSTE DE SANTE..... 3 CLINIQUE..... 4 HOPITAL..... 6 AUTRE..... 7 (PRECISER)	A LA MAISON..... 1 DANS UNE AUTRE MAISON... 2 POSTE DE SANTE..... 3 CLINIQUE..... 4 HOPITAL..... 6 AUTRE..... 7 (PRECISER)
412	Qui vous a assisté pour l'accouchement de (NOM) ? INSISTER SUR LE GENRE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITEES. N'y avait-il pas quelqu'un d'autre ?	MEDECIN..... 1 INFIRMIERE/ASS.MEDICAL.. 1 ACCOUCHEUSE TRADITION... 1 NELLE FORMEE ACCOUCHEUSE TRADITION... 1 NELLE NON FORMEE BELLE-MERE..... 1 MARI..... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER) PERSONNE..... 1	MEDECIN..... 1 INFIRMIERE/ASS.MEDICAL.. 1 ACCOUCHEUSE TRADITION... 1 NELLE FORMEE ACCOUCHEUSE TRADITION... 1 NELLE NON FORMEE BELLE-MERE..... 1 MARI..... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER) PERSONNE..... 1	MEDECIN..... 1 INFIRMIERE/ASS.MEDICAL.. 1 ACCOUCHEUSE TRADITION... 1 NELLE FORMEE ACCOUCHEUSE TRADITION... 1 NELLE NON FORMEE BELLE-MERE..... 1 MARI..... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER) PERSONNE..... 1
413	(NOM) est-il/elle né à terme ou prématurément ?	A TERME..... 1 PREMATUREMENT..... 2 NSP..... 8	A TERME..... 1 PREMATUREMENT..... 2 NSP..... 8	A TERME..... 1 PREMATUREMENT..... 2 NSP..... 8
414	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne ?	OUI..... 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON..... 2
415	(NOM) a-t-il/elle été pesé à la naissance ?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 417) <	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 417) <	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 417) <
416	Combien pesait-il/elle ?	GRAMMES..... <input type="text"/> NSP..... 9998	GRAMMES..... <input type="text"/> NSP..... 9998	GRAMMES..... <input type="text"/> NSP..... 9998
417	Quand (NOM) est né, était-il/elle : grand, moyen ou petit	GRAND..... 1 MOYEN..... 2 PETIT..... 3 NSP..... 8	GRAND..... 1 MOYEN..... 2 PETIT..... 3 NSP..... 8 (PASSER A 419)	GRAND..... 1 MOYEN..... 2 PETIT..... 3 NSP..... 8 (PASSER A 419)
418	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 420) <		
419	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de règles ?	MOIS..... <input type="text"/> NSP..... 98	MOIS..... <input type="text"/> N'A PAS EU DE REGLES... 96 NSP..... 98	MOIS..... <input type="text"/> N'A PAS EU DE REGLES... 96 NSP..... 98
420	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI (OU ENCEINTE)..... 1 NON..... 2 (PASSER A 422) <		
420A	Après combien de jours suivant la naissance de (NOM) avez-vous eu des rapports sexuels pour la première fois ?	JOURS..... <input type="text"/> PLUS DE 3 MOIS..... 96 NSP..... 98	JOURS..... <input type="text"/> PLUS DE 3 MOIS..... 96 NSP..... 98	JOURS..... <input type="text"/> PLUS DE 3 MOIS..... 96 NSP..... 98
421	Combien de temps après la naissance de (NOM) avez-vous repris des rapports sexuels régulièrement ?	MOIS..... <input type="text"/> NSP..... 98	MOIS..... <input type="text"/> NSP..... 98	MOIS..... <input type="text"/> NSP..... 98

N° DE LIGNE DE LA Q. 212		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
422	Avez-vous allaité (NOM) ? allaité (NOM) ?	OUI.....1 (PASSER A 424)<_____1 NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 430)<_____1 NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 430)<_____1 NON.....2
423	Pourquoi n'avez-vous pas allaité (NOM) ?	MERE MALADE/FAIBLE.....1 ENFANT MALADE/FAIBLE.....2 ENFANT DECEDE.....3 PROBLEME DE SEIN.....4 PAS DE LAIT.....5 TRAVAILLE.....6 ENFANT A REFUSE.....7 AUTRE.....8 (PRECISER) (PASSER A 432)	MERE MALADE/FAIBLE.....1 ENFANT MALADE/FAIBLE.....2 ENFANT DECEDE.....3 PROBLEME DE SEIN.....4 PAS DE LAIT.....5 TRAVAILLE.....6 ENFANT A REFUSE.....7 AUTRE.....8 (PRECISER) (PASSER A 432)	MERE MALADE/FAIBLE.....1 ENFANT MALADE/FAIBLE.....2 ENFANT DECEDE.....3 PROBLEME DE SEIN.....4 PAS DE LAIT.....5 TRAVAILLE.....6 ENFANT A REFUSE.....7 AUTRE.....8 (PRECISER) (PASSER A 432)
424	Combien de temps après sa naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois? EMREGISTRER EN JOURS SI PLUS DE 24 HEURES	IMMEDIATEMENT.....000 HEURES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/>		
425	SI TOUJOURS VIVANT / Allaité-vous encore (NOM) ? (SI DECEDE, ENTOURER '2')	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 430)<_____2		
426	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière entre le coucher et lever du soleil? (SI REPONSE NON NUMERIQUE, INSISTER POUR EVALUER LE NOMBRE)	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE NUIT <input type="text"/> <input type="text"/>		
427	Combien de fois avez-vous allaité hier, pendant les heures de jour ? (SI REPONSE NON NUMERIQUE, INSISTER POUR EVALUER LE NOMBRE)	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>		
428	A n'importe quel moment hier ou la nuit dernière avez-vous donné à (NOM) une des choses suivantes ? :	OUI NON		
	Eau ?	EAU.....1 2		
	Eau sucrée?	EAU SUCREE.....1 2		
	Jus ?	JUS.....1 2		
	Lait en poudre ?	LAIT EN POUFRE.....1 2		
	Lait frais ?	LAIT FRAIS.....1 2		
	Autre lait ?	AUTRE LAIT.....1 2		
	Autres liquides ?	AUTRES LIQUIDES.....1 2		
	Aliment solide ou en bouillie?	ALIM.SOLIDE/BOUILLIE 1 2		
429	VOIR 428 : NOURRITURE OU LIQUIDE DONNE HIER	OUI POUR UN OU PLUS <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 434)	RIEN DU TOUT <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 433)	

N° DE LIGNE DE LA Q. 212		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
430	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM) ?	MOIS..... <input type="text"/> JUSQU'A SON DECES..... 95 (PASSER A 433) ←	MOIS..... <input type="text"/> JUSQU'A SON DECES..... 95 (PASSER A 433) ←	MOIS..... <input type="text"/> JUSQU'A SON DECES..... 95 (PASSER A 433) ←
431	Pourquoi avez-vous arrêté d'allaiter (NOM) ?	MERE MALADE/FAIBLE..... 01 ENFANT MALADE/FAIBLE... 02 ENFANT DECEDE..... 03 PROBLEME DE SEIN..... 04 PAS DE LAIT..... 05 TRAVAILLE..... 06 ENFANT A REFUSE..... 07 AGE DU SEVRAGE..... 08 TOMBEE ENCEINTE..... 09 AUTRE..... 10 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE..... 01 ENFANT MALADE/FAIBLE... 02 ENFANT DECEDE..... 03 PROBLEME DE SEIN..... 04 PAS DE LAIT..... 05 TRAVAILLE..... 06 ENFANT A REFUSE..... 07 AGE DU SEVRAGE..... 08 TOMBEE ENCEINTE..... 09 AUTRE..... 10 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE..... 01 ENFANT MALADE/FAIBLE... 02 ENFANT DECEDE..... 03 PROBLEME DE SEIN..... 04 PAS DE LAIT..... 05 TRAVAILLE..... 06 ENFANT A REFUSE..... 07 AGE DU SEVRAGE..... 08 TOMBEE ENCEINTE..... 09 AUTRE..... 10 (PRECISER)
432	VOIR 216: ENFANT VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 434)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 434)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 434)
433	Avez-vous déjà donné à (NOM) de l'eau, quelque chose d'autre à boire, ou n'importe quelle nourriture autre que le lait maternel ?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 437) ←	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 437) ←	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 437) ←
434	Combien de mois avait (NOM) quand vous avez commencé à lui donner les choses suivantes de façon régulière ? Lait en boîte ou lait autre que le lait maternel ? Eau ou autre boisson ? Aliment solide ou en bouillie?*	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE..... 96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE..... 96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE..... 96	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE..... 96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE..... 96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE..... 96 (PASSER A 437)	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE..... 96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE..... 96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE..... 96 (PASSER A 437)
435	VOIR 216: ENFANT VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/>	DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 437)	
436	(NOM) a-t-il/elle bu quelque chose au biberon, hier ou la nuit dernière ?	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8		
437	RETOURNER A 403 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A 438			

N° DE LIGNE DE LA Q. 212																																																																																																																																																				
		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS.	AV. AVANT-DERNIERE NAISS.																																																																																																																																																
		NON	NON	NON																																																																																																																																																
438	Avez-vous une carte où les vaccinations de (NON) sont inscrites ? SI OUI: Puis-je le voir, s'il vous plaît ?	OUI, VU..... 1 (PASSER A 440)← OUI, NON VU..... 2 (PASSER A 442)← PAS DE CARNET..... 3	OUI, VU..... 1 (PASSER A 440)← OUI, NON VU..... 2 (PASSER A 442)← PAS DE CARNET..... 3	OUI, VU..... 1 (PASSER A 440)← OUI, NON VU..... 2 (PASSER A 442)← PAS DE CARNET..... 3																																																																																																																																																
439	Avez-vous jamais eu un carnet de vaccination pour (NON) ?	OUI, L'AVAIS..... 1 (PASSER A 442)← NON, JAMAIS EU..... 2	OUI, L'AVAIS..... 1 (PASSER A 442)← NON, JAMAIS EU..... 2	OUI, L'AVAIS..... 1 (PASSER A 442)← NON, JAMAIS EU..... 2																																																																																																																																																
440	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATIONS POUR CHAQUE VACCIN A PARTIR DE LA CARTE. (2) INSCRIRE '44' DANS LA COLONNE JOUR, SI LA CARTE INDIQUE QU'UNE VACCINATION A ETE FAITE, MAIS LA DATE N'A PAS ETE REPORTEE.	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNEE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P0</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PU</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DU</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROU</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		JOUR	MOIS	ANNEE	BCG				P0				P1				P2				P3				PU				D1				D2				D3				DU				ROU				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNEE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P0</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PU</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DU</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROU</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		JOUR	MOIS	ANNEE	BCG				P0				P1				P2				P3				PU				D1				D2				D3				DU				ROU				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNEE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P0</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PU</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PU</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROU</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		JOUR	MOIS	ANNEE	BCG				P0				P1				P2				P3				PU				D1				D2				D3				PU				ROU			
	JOUR	MOIS	ANNEE																																																																																																																																																	
BCG																																																																																																																																																				
P0																																																																																																																																																				
P1																																																																																																																																																				
P2																																																																																																																																																				
P3																																																																																																																																																				
PU																																																																																																																																																				
D1																																																																																																																																																				
D2																																																																																																																																																				
D3																																																																																																																																																				
DU																																																																																																																																																				
ROU																																																																																																																																																				
	JOUR	MOIS	ANNEE																																																																																																																																																	
BCG																																																																																																																																																				
P0																																																																																																																																																				
P1																																																																																																																																																				
P2																																																																																																																																																				
P3																																																																																																																																																				
PU																																																																																																																																																				
D1																																																																																																																																																				
D2																																																																																																																																																				
D3																																																																																																																																																				
DU																																																																																																																																																				
ROU																																																																																																																																																				
	JOUR	MOIS	ANNEE																																																																																																																																																	
BCG																																																																																																																																																				
P0																																																																																																																																																				
P1																																																																																																																																																				
P2																																																																																																																																																				
P3																																																																																																																																																				
PU																																																																																																																																																				
D1																																																																																																																																																				
D2																																																																																																																																																				
D3																																																																																																																																																				
PU																																																																																																																																																				
ROU																																																																																																																																																				
441	(NON) a-t-il reçu une vaccination qui n'est pas inscrite sur ce carnet ?	OUI..... 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCINATIONS, ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 440) NON..... 2 NSP..... 8 (PASSER A 444)	OUI..... 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCINATIONS, ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 440) NON..... 2 NSP..... 8 (PASSER A 444)	OUI..... 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCINATIONS, ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 440) NON..... 2 NSP..... 8 (PASSER A 444)																																																																																																																																																
442	(NON) a-t-il/elle jamais reçu de vaccination pour lui éviter d'attraper des maladies ?	OUI, L'A RECU..... 1 NON, NE L'A JAMAIS RECU 2 (PASSER A 444)← NSP..... 8	OUI, L'A RECU..... 1 NON, NE L'A JAMAIS RECU 2 (PASSER A 444)← NSP..... 8	OUI, L'A RECU..... 1 NON, NE L'A JAMAIS RECU 2 (PASSER A 444)← NSP..... 8																																																																																																																																																
443	S'il vous plaît, dites-moi si (NON) a reçu une des vaccinations suivantes :	<p>Une vaccination du BCG, c'est à dire une injection dans le bras ou l'épaule qui a laissé une cicatrice ?</p> <p>Une vaccination contre la polio, c'est à dire des gouttes dans la bouche ?</p> <p>SI OUI : Combien de fois ?</p> <p>Une injection contre la rougeole ?</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8</p> <p>OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8</p> <p>NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/></p> <p>OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8</p> <p>OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8</p> <p>NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/></p> <p>OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8</p> <p>OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8</p> <p>NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/></p> <p>OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8</p>																																																																																																																																															
444	VOIR 216: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 446)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 446)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 446)																																																																																																																																																
445	RETOURNER A 438 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OUI, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A 472																																																																																																																																																			

N° DE LIGNE DE LA Q. 212			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
446	(NOM) a-t-il/elle eu de la fièvre durant les 2 dernières semaines ? OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8
447	(NOM) a-t-il/elle souffert de toux durant les 2 dernières semaines ? OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 450) <----- NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 450) <----- NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 450) <----- NSP..... 8
448	Combien de temps a duré la toux ? (Depuis combien de temps dure la toux ?) JOURS..... <input type="text"/> (SI MOINS QUE 1 JOUR, INSCRIRE '00')	JOURS..... <input type="text"/> (SI MOINS QUE 1 JOUR, INSCRIRE '00')	JOURS..... <input type="text"/> (SI MOINS QUE 1 JOUR, INSCRIRE '00')
449	Quand (NOM) était malade avec la toux, avait-il/elle la respiration plus rapide que d'habitude (respiration courte et rapide)? OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8
450	VOIR 446 ET 447: FIEVRE OU TOUX ? "OUI" DANS 446 OU 447 <input type="checkbox"/> ↓ AUTRE → (PASSER A 454)	"OUI" DANS 446 OU 447 <input type="checkbox"/> ↓ AUTRE → (PASSER A 454)	"OUI" DANS 446 OU 447 <input type="checkbox"/> ↓ AUTRE → (PASSER A 454)
451	A-t-on donné quelque chose pour traiter la fièvre/la toux à (NOM) ? OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8 (PASSER A 452) <-----	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8 (PASSER A 452) <-----	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8 (PASSER A 452) <-----
451A	Qu'est-ce qu'on lui a donné ? Quelque chose d'autre ? (ENTOURER TOUT CE QUI EST CITE) PAS DE TRAITEMENT..... 1 INJECTION..... 1 ANTIBIOTIQUE..... 1 (PILULE OU SIROP)..... 1 ANTI-PALUDEEN..... 1 (PILULE OU SIROP)..... 1 SIROP CONTRE LA TOUX..... 1 AUTRE PILULE OU SIROP..... 1 PILULE OU SIROP INCONNU..... 1 REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES..... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER)	PAS DE TRAITEMENT..... 1 INJECTION..... 1 ANTIBIOTIQUE..... 1 (PILULE OU SIROP)..... 1 ANTI-PALUDEEN..... 1 (PILULE OU SIROP)..... 1 SIROP CONTRE LA TOUX..... 1 AUTRE PILULE OU SIROP..... 1 PILULE OU SIROP INCONNU..... 1 REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES..... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER)	PAS DE TRAITEMENT..... 1 INJECTION..... 1 ANTIBIOTIQUE..... 1 (PILULE OU SIROP)..... 1 ANTI-PALUDEEN..... 1 (PILULE OU SIROP)..... 1 SIROP CONTRE LA TOUX..... 1 AUTRE PILULE OU SIROP..... 1 PILULE OU SIROP INCONNU..... 1 REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES..... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER)
452	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la fièvre/toux ? OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 454) <-----	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 454) <-----	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 454) <-----
453	A qui avez-vous demandé des conseils ou un traitement ? A quelqu'un d'autre ? (ENTOURER TOUT CE QUI EST CITE) PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE..... 1 POSTE DE SANTE..... 1 CLINIQUE..... 1 CENTRE DE SANTE..... 1 HOPITAL..... 1 MEDECIN PRIVE..... 1 GUERISSEUR TRADITIONNEL..... 1 PHARMACIE..... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER)	PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE..... 1 POSTE DE SANTE..... 1 CLINIQUE..... 1 CENTRE DE SANTE..... 1 HOPITAL..... 1 MEDECIN PRIVE..... 1 GUERISSEUR TRADITIONNEL..... 1 PHARMACIE..... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER)	PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE..... 1 POSTE DE SANTE..... 1 CLINIQUE..... 1 CENTRE DE SANTE..... 1 HOPITAL..... 1 MEDECIN PRIVE..... 1 GUERISSEUR TRADITIONNEL..... 1 PHARMACIE..... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER)

N° DE LIGNE DE LA Q. 212			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DERNIERE NAISSANCE NON _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NON _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NON _____
454	(NON) a-t-il/elle eu la diarrhée durant les deux dernières semaines ? OUI..... 1 (PASSER A 456)←..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 (PASSER A 456)←..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 (PASSER A 456)←..... 1 NON..... 2 NSP..... 8
455 RETOURNER A 438 POUR L'ENFANT SUIVANT; OU, S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, PASSER A 472			
456	Est-ce que (NON) a eu la diarrhée depuis hier à cette heure-ci ? OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8
457	Combien de temps a duré la diarrhée ? (Depuis combien de temps dure la diarrhée ?) JOURS..... <input type="text"/> (SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00')	JOURS..... <input type="text"/> (SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00')	JOURS..... <input type="text"/> (SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00')
458	Y avait-il du sang dans les selles ? OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8 (PASSER A 462)	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8 (PASSER A 462)
459	VOIR 425: DERNIER ENFANT ENCORE ALLAITE ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (PASSER A 462)		
460	Quand (NON) avait la diarrhée, avez-vous changé le nombre d'allaitements ? OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 462)←..... 2		
461	Pendant la diarrhée, avez-vous AUGMENTE ou REDUIT la quantité de nourriture, ou avez-vous ARRETE COMPLETEMENT ? AUGMENTE..... 1 REDUIT..... 2 ARRETE COMPLETEMENT..... 3 NE MANGE PAS..... 4		
462	(En dehors du lait maternel), lui avez-vous donné à boire la même quantité qu'avant la diarrhée, plus, ou moins ? MEME..... 1 PLUS..... 2 MOINS..... 3 NSP..... 8	MEME..... 1 PLUS..... 2 MOINS..... 3 NSP..... 8	MEME..... 1 PLUS..... 2 MOINS..... 3 NSP..... 8
463	Pendant la diarrhée (NON) a-t-il/elle reçu un liquide préparé à partir d'un sachet spécial ? OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8
464	(NON) a-t-il/elle reçu un liquide recommandé par le personnel de santé et préparé à la maison (avec du sucre, du sel et de l'eau) ? OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8

N° DE LIGNE DE LA Q. 212							
		DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISS.		AV. AVANT-DERNIERE NAISS.	
		NOM		NOM		NOM	
465	VOIR 463 ET 464: ENFANT A REÇU LIQUIDE D'UN SACHET (463) ET/OU LIQUIDE RECOMMANDE FAIT MAISON(464) ?	OUI, A REÇU UN LIQUIDE (SAC./MAISON)	PAS DE LIQUIDE	OUI, A REÇU UN LIQUIDE (SAC./MAISON)	PAS DE LIQUIDE	OUI, A REÇU UN LIQUIDE (SAC./MAISON)	PAS DE LIQUIDE
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		(PASSER A 467)		(PASSER A 467)		(PASSER A 467)	
466	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle reçu ce liquide ?	JOURS.....		JOURS.....		JOURS.....	
		NSP..... 98		NSP..... 98		NSP..... 98	
		(SI MOINS DE 1 JOUR, ENREGISTRER '00')		(SI MOINS DE 1 JOUR, ENREGISTRER '00')		(SI MOINS DE 1 JOUR, ENREGISTRER '00')	
467	A-t-il/elle reçu quelque chose contre la diarrhée (autre que ce liquide) ?	OUI..... 1	NON..... 2	OUI..... 1	NON..... 2	OUI..... 1	NON..... 2
		(PASSER A 469) ←		(PASSER A 469) ←		(PASSER A 469) ←	
		NSP..... 8		NSP..... 8		NSP..... 8	
468	Qu'est-ce qui a été donné (fait) pour traiter la diarrhée ? Quelque chose d'autre ? (ENTOURER CHAQUE CHOSE CITEE)	PILULE OU SIROP ANTIBIOTIQUE..... 1 AUTRE PILULE OU SIROP... 1 INJECTION..... 1 (I.V.) INTRAVEINEUSE... 1 REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER)		PILULE OU SIROP ANTIBIOTIQUE..... 1 AUTRE PILULE OU SIROP... 1 INJECTION..... 1 (I.V.) INTRAVEINEUSE... 1 REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER)		PILULE OU SIROP ANTIBIOTIQUE..... 1 AUTRE PILULE OU SIROP... 1 INJECTION..... 1 (I.V.) INTRAVEINEUSE... 1 REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER)	
469	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?	OUI..... 1	NON..... 2	OUI..... 1	NON..... 2	OUI..... 1	NON..... 2
		(PASSER A 471) ←		(PASSER A 471) ←		(PASSER A 471) ←	
470	A qui avez-vous demandé des conseils ou un traitement ? A quelqu'un d'autre ? (ENTOURER TOUT CE QUI EST CITE)	PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE..... 1 POSTE DE SANTE..... 1 CENTRE DE SANTE..... 1 HOPITAL..... 1 MEDECIN PRIVE..... 1 GUERISSEUR TRADITIONNEL 1 PHARMACIE..... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER)		PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE..... 1 POSTE DE SANTE..... 1 CENTRE DE SANTE..... 1 HOPITAL..... 1 MEDECIN PRIVE..... 1 GUERISSEUR TRADITIONNEL 1 PHARMACIE..... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER)		PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE..... 1 POSTE DE SANTE..... 1 CENTRE DE SANTE..... 1 HOPITAL..... 1 MEDECIN PRIVE..... 1 GUERISSEUR TRADITIONNEL 1 PHARMACIE..... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER)	
471	RETOURNER A 438 POUR L'ENFANT SUIVANT; OU, S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, PASSER A 472						

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
472	VOIR 463: SOLUTION TRO CITEE POUR UN ENFANT A LA QUESTION 463	SOLUTION TRO NON CITEE OU 463 NON POSEE	475
473	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial contenu dans un sachet ?	OUI..... 1 NON..... 2	
474	Avez-vous déjà vu un sachet comme celui-ci auparavant ? (MONTRER LE SACHET)	OUI..... 1 NON..... 2 → 478	
475	Avez-vous déjà préparé une solution avec un de ces sachets pour traiter la diarrhée pour vous-même ou quel- qu'un d'autre ? (MONTRER LE SACHET)	OUI..... 1 NON..... 2 → 477	
476	Quelle quantité d'eau utilisez-vous pour préparer le liquide à partir du sachet spécial pour le traitement de la diarrhée ?	0,5 LITRE..... 1 1,0 LITRE..... 2 1,5 LITRE..... 3 2,0 LITRES..... 4 SELON INSTRUCTIONS DU SACHET... 5 CONTENU BOUTEILLE DE PRIMUS... 6 AUTRE..... 7 (PRECISER) NSP..... 8	
477	Où pouvez-vous obtenir ce sachet ? INSISTER : Nulle part ailleurs ? (ENTOURER TOUS LES LIEUX CITES)	ABAKANGURAMBAGA..... 1 DISPENSAIRES..... 1 CENTRE DE SANTE..... 1 HOPITAL..... 1 MEDECIN PRIVE..... 1 GUERISSEUR TRADITIONNEL..... 1 PHARMACIE..... 1 BOUTIQUE..... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER) NSP..... 1	
478	VOIR 464: SOLUTION RECOM- MANDEE FAITE A LA MAISON CITEE (UN OUI A 464)	SOLUTION RECOMAN- DEE FAITE A LA MAISON NON CITEE OU 464 NON POSEE	501
479	Qui vous a appris à préparer la solution faite à la maison avec du sucre, du sel et de l'eau et que vous avez donnée à (NOM) ?	ABAKANGURAMBAGA..... 01 DISPENSAIRES..... 02 CENTRE DE SANTE..... 03 HOPITAL..... 04 MEDECIN PRIVE..... 05 GUERISSEUR TRADITIONNEL..... 06 PHARMACIE..... 07 AMI(E), PARENTS..... 08 AUTRE..... 09 (PRECISER) NSP..... 98	

SECTION 5. MARIAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
501	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu en union avec un homme ?	OUI..... 1 NON..... 2	510
502	Etes-vous actuellement mariée ou vivez-vous en union de fait avec un homme, ou êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ?	MARIEE..... 1 VIT EN UNION..... 2 VEUVE..... 3 DIVORCEE/SEPEREE..... 4	507
503	Est-ce que votre mari/conjoint vit avec vous, ou habite-t-il ailleurs ?	VIT AVEC ELLE..... 1 HABITE AILLEURS..... 2	
504	Votre mari/conjoint a-t-il d'autres femmes en plus de vous-même ?	OUI..... 1 NON..... 2	507
505	Combien d'autres femmes a-t-il ?	NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP..... 98	507
506	Etes-vous la première, la deuxième, la troisième épouse ?	RANG..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
507	Avez-vous eu un seul mari ou conjoint dans la vie, ou en avez-vous eu plusieurs ?	UN SEUL..... 1 PLUS D'UN..... 2	
508	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec votre (premier) mari/conjoint ?	AGE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
509	En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ? COMPARER ET CORRIGER 508 ET/OU 509 SI INCOMPATIBLES.	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP MOIS..... 98 ANNEE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ANNEE..... 98	511
510	SI JAMAIS EN UNION: Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?	OUI..... 1 NON..... 2 SANS REPONSE OU REFUS..... 3	515
511	Maintenant nous avons besoin de quelques renseignements sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre la contraception et la fécondité. Combien de fois avez-vous eu des relations sexuelles durant les quatre dernières semaines ?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
512	Combien de fois par semaine avez-vous HABITUELLEMENT des relations sexuelles ?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
513	Combien de temps y a-t-il depuis que vous avez eu des relations sexuelles pour la dernière fois ?	JOURS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEES..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> AVANT LA DERNIERE NAISSANCE.. 996	
514	Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez eu des relations sexuelles ?	AGE..... <input type="text"/> <input type="text"/> PREMIERE FOIS AU MARIAGE..... 96	
515	AUTRES PERSONNES PRESENTES A CE MOMENT	OUI NON ENFANTS MOINS DE 10 ANS... 1 2 MARI..... 1 2 AUTRES HOMMES..... 1 2 AUTRES FEMMES..... 1 2	

SECTION 6. PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
601	VOIR 312: NON STERILISE <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STERILISE <input type="checkbox"/>		606
602	VOIR 501 ET 502: ACTUELLEMENT EN UNION <input type="checkbox"/> PAS ACTUELLEMENT EN UNION <input type="checkbox"/>		613
603	Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. VOIR 223 ET COCHER LA CASE: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> Voudriez-vous avoir un (autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants ? ENCEINTE <input type="checkbox"/> Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autres enfants ?	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT..... 1 PAS D'AUTRE/AUCUN..... 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE..... 3 PAS DECIDEE OU NSP..... 8	609
604	VOIR 223 ET COCHER LA CASE: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant ? ENCEINTE <input type="checkbox"/> Combien de temps voudriez-vous attendre après la naissance de l'enfant que vous attendez avant la naissance d'un autre enfant ?	DUREE: MOIS..... 1 ANNEES..... 2 BIENTOT/MAINTENANT..... 994 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE..... 995 AUTRE _____ 996 (PRECISER) NSP..... 998	609
605	VOIR 216: SI PAS D'ENFANT VIVANT, ENTOURER '96' Quel âge voudriez-vous que votre plus jeune enfant ait atteint avant d'avoir un autre enfant ?	AGE DU PLUS JEUNE ANNEES..... PAS D'ENFANT VIVANT..... 96 NSP..... 98	609
606	Regrettez-vous que vous (votre mari) ayez (ait) eu l'opération pour ne pas (plus) avoir d'enfant ?	OUI..... 1 NON..... 2	608
607	Pourquoi le regrettez-vous ?	ENQUETEE VEUT UN AUTRE ENFANT.. 1 CONJOINT VEUT UN AUTRE ENFANT.. 2 EFFETS SECONDAIRES..... 3 AUTRE RAISON _____ 4 (PRECISER)	616
608	Dans votre situation actuelle, si vous aviez à le refaire, pensez-vous que vous prendriez la même décision d'être stérilisée ?	OUI..... 1 NON..... 2	616

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	A												
609	Pensez-vous que votre mari/conjoint approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter à la femme de tomber enceinte ?	APPROUVE..... 1 DESAPPROUVE..... 2 NSP..... 8													
610	Combien de fois avez-vous parlé avec votre mari/conjoint de ce sujet au cours des 12 derniers mois ?	JAMAIS..... 1 UNE OU DEUX FOIS..... 2 PLUS SOUVENT..... 3													
611	Avez-vous déjà discuté avec votre mari du nombre d'enfants que vous voudriez avoir ?	OUI..... 1 NON..... 2													
612	Pensez-vous que votre mari/conjoint souhaite le MEME nombre d'enfants que vous, en veut DAVANTAGE ou MOINS que vous ?	MEME NOMBRE 1 PLUS D'ENFANTS..... 2 MOINS D'ENFANTS..... 3 NSP..... 8													
613	Après l'accouchement, combien de temps un couple devrait-il attendre avant de reprendre les relations sexuelles ?	TEMPS A ATTENDRE JOURS..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MOIS..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNEE..... 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AUTRE 996 (PRECISER)													
614	Une mère devrait-elle attendre d'avoir complètement arrêté d'allaiter avant de reprendre les relations sexuelles, ou cela n'a-t-il pas d'importance ?	ATTENDRE..... 1 PAS D'IMPORTANCE..... 2													
615	En général, est-ce que vous approuvez ou désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter la grossesse ?	APPROUVE..... 1 DESAPPROUVE..... 2 INDECISE..... 3													
616	VERIFIER 216 ET COCHER LA CASE: PAS D'ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir au total ? A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> Si vous pouviez recommencer à partir de l'époque où vous n'aviez pas d'enfants et si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir au total? ENREGISTRER UN SEUL NOMBRE OU AUTRE REPONSE.	NOMBRE..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AUTRE REPONSE (PRECISER)													

SECTION 7. CARACTERISTIQUES DU CONJOINT ET ACTIVITE PROFESSIONNELLE DE LA FEMME

FILTRES		CODES	PASSER A
701	<p>VOIR 501:</p> <p>A ETE EN UNION <input type="checkbox"/> JAMAIS EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>POSER LES QUESTIONS SUR LE MARI/CONJOINT ACTUEL OU LE PLUS RECENT</p>		708
702	Est-ce que votre mari/conjoint a fréquenté l'école ?	<p>OUI..... 1</p> <p>NON..... 2 → 705</p>	
703	Quel est le niveau le plus élevé qu'il a atteint : primaire, post-primaire, secondaire ou supérieur ?	<p>PRIMAIRE..... 1</p> <p>POST-PRIMAIRE..... 2</p> <p>SECONDAIRE..... 3</p> <p>SUPERIEUR..... 4</p> <p>NSP..... 8 → 705</p>	
704	Quelle est la dernière (classe, année) qu'il a achevée à ce niveau ?	<p>CLASSE..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NSP..... 98</p>	
704A	A-t-il terminé le niveau (primaire, post-primaire, secondaire, supérieur) ?	<p>OUI..... 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>NSP..... 8</p>	
705	Quel est (était) le genre de travail principal de votre (dernier) mari/conjoint ?	<p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>	
706	<p>VOIR 705:</p> <p>TRAVAILLE (TRAVAILLAIT) DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE (TRAVAILLAIT) PAS DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p>		708
707	Est-ce que votre mari/conjoint travaille (travaillait) principalement sur sa propre terre ou celle de sa famille ou celle de quelqu'un d'autre ?	<p>CHAMP PERSON. OU FAMILIAL..... 1</p> <p>AUTRE CHAMP..... 2</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
708	Beaucoup de femmes travaillent en dehors de leur propre travail domestique et sont payées en argent ou en nature. D'autres vendent des choses, ont une petite affaire ou travaillent dans les champs ou dans l'affaire de famille. Faites-vous actuellement un travail de ce genre, en dehors de votre travail domestique ?	OUI..... 1 NON..... 2	716
709	Quelle est votre occupation principale, c'est-à-dire, quel genre de travail faites-vous ?	_____ _____ _____	<input type="text"/> <input type="text"/>
710	Dans votre travail, êtes-vous une employée, êtes-vous à votre compte ou à celui de votre famille, ou êtes-vous employeur ?	EMPLOYEE..... 1 A SON COMPTE OU DE LA FAMILLE.. 2 EMPLOYEUR..... 3	
711	Gagnez-vous de l'argent pour ce travail ?	OUI..... 1 NON..... 2	711A
711A	Recevez-vous un salaire de façon régulière ?	OUI..... 1 NON..... 2	
712	Faites-vous ce travail à la maison ou à l'extérieur ?	MAISON..... 1 EXTERIEUR..... 2	
713	VOIR 215/216/218: A UN ENFANT NE DEPUIS JANVIER 1987 ET VIVANT A LA MAISON ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	716
714	Quand vous êtes à ce travail, avez-vous HABITUELLEMENT (NON DU PLUS JEUNE ENFANT A LA MAISON) avec vous, l'avez-vous QUELQUEFOIS avec vous, ou JAMAIS avec vous ?	HABITUELLEMENT..... 1 QUELQUEFOIS..... 2 JAMAIS..... 3	716
715	Qui s'occupe habituellement de (NON DU PLUS JEUNE ENFANT A LA MAISON) pendant que vous êtes au travail ?	MARI..... 01 ENFANT(S) PLUS AGE(S)..... 02 AUTRES PARENTS..... 03 VOISINS..... 04 AMIS..... 05 DOMESTIQUE/AIDE..... 06 ENFANT A L'ECOLE..... 07 JARDIN D'ENFANTS..... 08 AUTRE..... 09 (PRECISER)	
716	NOTER L'HEURE	HEURES..... MINUTES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>

SECTION 8. POIDS ET TAILLE

801	VERIFIER 222 : UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES VIVANTES DEPUIS JANV.1987 ET ENCORE EN VIE	<input type="checkbox"/> ↓ v	AUCUNE NAISSANCE VIVANTE DEPUIS JANVIER 1987 ENCORE EN VIE	<input type="checkbox"/> → FIN
-----	--	------------------------------------	---	--------------------------------

EN 801-803, ENREGISTRER LE N° D'ORDRE, LE NOM, ET LA DATE DE NAISSANCE DE CHAQUE ENFANT EN VIE NE DEPUIS LE 1er JANVIER 1987, EN COMMENÇANT PAR L'ENFANT LE PLUS JEUNE. NOTER LE POIDS ET LA TAILLE EN 805 ET 806.

	1] DERNIER ENFANT EN VIE	2] AVANT DERNIER ENFANT EN VIE	3] AVANT AVANT DERNIER ENFANT EN VIE
802 No. D'ORDRE DE LA Q.212	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
803 NOM DE LA Q.212	(NOM) _____	(NOM) _____	(NOM) _____
804 DATE DE NAISSANCE DE Q.215 ET DEMANDER JOUR	JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE.... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE.... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE.... <input type="text"/> <input type="text"/>
805 POIDS (EN Kg.)	<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"/>
806 TAILLE (EN Cm.)	<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"/>
807 CICATRICE BCG SUR LE BRAS OU L'EPAULE	CICAT. VUE.... 1 PAS DE CICAT.. 2	CICAT. VUE.... 1 PAS DE CICAT.. 2	CICAT. VUE.... 1 PAS DE CICAT.. 2
808 DATE DE PESEE ET DE MESURE DE L'ENFANT	JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE.... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE.... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE.... <input type="text"/> <input type="text"/>
809 RESULTAT (POIDS ET TAILLE)	MESURE..... 1 ENFANT MALADE. 2 ENFANT ABSENT. 3 ENFANT REFUSE. 4 MERE REFUSE... 5 AUTRE..... 6 (PRECISER)	MESURE..... 1 ENFANT MALADE. 2 ENFANT ABSENT. 3 ENFANT REFUSE. 4 MERE REFUSE... 5 AUTRE..... 6 (PRECISER)	MESURE..... 1 ENFANT MALADE. 2 ENFANT ABSENT. 3 ENFANT REFUSE. 4 MERE REFUSE... 5 AUTRE..... 6 (PRECISER)
810 NOM DU MESUREUR:	<input type="text"/>	NOM DE L'ASSISTANT:	<input type="text"/>

* Dans les pays où la personne qui mesure n'a pas le questionnaire de la femme interrogée, cette page devrait inclure les informations d'identification de la mère.

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRIX
(A remplir après achèvement de l'entretien)

Sur la personne enquêtée: _____

Questions spécifiques: _____

Autres aspects: _____

Nom de l'enquêtrice: _____ Date: _____

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

Nom du chef d'équipe: _____ Date: _____

OBSERVATIONS DU CONTROLEUR(SE)

Nom du contrôleur(se): _____ Date: _____

OBSERVATIONS DU VERIFICATEUR

Nom du vérificateur: _____ Date: _____