

IDENTIFICATION	
NOM DE LA LOCALITÉ _____ NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____ PREFECTURE COMMUNE SECTEUR CELLULE NUMÉRO DU MÉNAGE URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) GRANDE VILLE/ AUTRE-VILLE/ RURAL..... (KIGALI =1, Autre - Ville =2, Rural=3) NOM ET NUMERO DE LIGNE DE LA FEMME	

VISITES D'ENQUÊTRICE				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR _____ MOIS _____ ANNÉE 2 0 0 0 NOM _____ RÉSULTAT _____
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	
PROCHAINE VISITE :DATE	_____	_____		NBRE.TOTAL DE VISITES <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
HEURE	_____	_____		

*CODES RÉSULTAT:

- | | | | |
|-------------------|------------------------|---------------|--|
| 1 REMPLI | 4 REFUSÉ | 7 AUTRE _____ | |
| 2 PAS À LA MAISON | 5 REMPLI PARTIELLEMENT | (PRÉCISER) | |
| 3 DIFFÉRE | 6 INCAPACITÉ | | |

LANGUE DE L'INTERVIEW KINYARWANDA.....1 AUTRE LANGUE _____2 INTERPRETE OUI1 NON2	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>
--	--

CONTRÔLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____ <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	NOM _____ <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
DATE _____	DATE _____		

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉES

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATIONS

Bonjour. Mon nom est _____ et je travaille pour l'Office National de la Population (ONAPO). Nous sommes en train d'effectuer une enquête nationale sur la santé des femmes et des enfants. Nous souhaiterions que vous participiez à cette enquête. J'aimerais vous poser des questions sur votre santé (et sur la santé de vos enfants) Ces informations seront utiles au gouvernement pour mettre en place des services de santé. L'entretien prend généralement entre 20 et 45 minutes. Les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles et ne seront transmises à personne.

La participation à cette enquête est volontaire et vous pouvez refuser de répondre à des questions particulières ou à toutes les questions. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette enquête car votre opinion est importante pour nous.

Avez-vous des questions sur l'enquête?
Puis-je commencer l'entretien maintenant?

Signature de l'enquêtrice: _____ Date: _____

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE DE RÉPONDRE1 L'ENQUÊTÉE REFUSE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS... 2 → FIN

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE MINUTES	
102	Pour commencer, je voudrais vous poser des questions sur vous-même et sur votre ménage. Jusqu'à l'âge de 12 ans, avez-vous vécu la plupart du temps à KIGALI, dans une autre- ville, ou en milieu rural?	KIGALI 1 AUTRE-VILLE 2 RURAL 3	
103	Depuis combien de temps habitez-vous (de façon continue) à (NOM DE LA VILLE/VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE)? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	ANNÉES..... TOUJOURS 95 VISITEUR 96	5 → 10
104	Juste avant de vous installer ici, avez-vous vécu la plupart du temps à KIGALI, dans une autre -ville, ou en milieu rural?	KIGALI 1 AUTRE-VILLE 2 RURAL 3	
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née?	MOIS NSP MOIS 98 ANNÉE NSP ANNÉE 9998	
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENTS.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES... ..	
107	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI 1 NON 2	→ 111
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : Primaire, post-primaire, secondaire ou supérieur?	PRIMAIRE 1 POST-PRIMAIRE 2 SECONDAIRE 3 SUPÉRIEUR 4	
109	Quelle est la dernière (classe/ année) que vous avez achevée avec succès à ce niveau?	CLASSE..... ...	

110	VÉRIFIER 108: PRIMAIRE <input type="checkbox"/> POST-PRIMAIRE <input type="checkbox"/> ET PLUS <input type="checkbox"/>		→ 114
111	Maintenant, je voudrais que vous me lisiez cette phrase à voix haute; lisez-en le plus que vous pouvez. MONTRER VOTRE CARTE À L'ENQUÊTÉE	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT 1 PEUT LIRE CERTAINES PARTIES 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE 3 PAS DE CARTE DANS LANGUE QUI CONVIENT 4 (PRÉCISER LANGUE)	
112	Avez-vous déjà participé à un programme d'alphabétisation ou à un autre programme qui comprenait l'apprentissage de la lecture et de l'écriture (non compris l'école primaire)?	OUI 1 NON 2	
113	VÉRIFIER 111: CODE '2', '3' <input type="checkbox"/> CODE '1' <input type="checkbox"/> OU '4' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ▼		→ 115
114	Lisez-vous un journal ou un magazine pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4	
115	Écoutez-vous la radio pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4	
116	Regardez-vous la télévision pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4	
119	Avez-vous déjà bu des boissons alcoolisées?	OUI 1 NON 2	→ 124
120	Vous est-il déjà arrivé d'être ivre après avoir bu des boissons alcoolisées?	OUI 1 NON 2	
121	Au cours des trois derniers mois, combien de jours avez-vous bu des boissons alcoolisées?	NOMBRE DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE/JAMAIS 95	→ 124
122	VÉRIFIER 120: OUI, A DÉJÀ ÉTÉ <input type="checkbox"/> NON, N'A IVRE <input type="checkbox"/> JAMAIS ÉTÉ IVRE <input type="checkbox"/>		→ 124
123	Au cours des 3 derniers mois, combien de fois vous est il arrivé d'être ivre?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE/JAMAIS 95	
124	Au cours des 3 derniers mois, avez-vous eu une injection?	OUI 1 NON 2	→ 201
125	Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous eu une injection?	NOMBRE D'INJECTIONS <input type="text"/> <input type="text"/> CHAQUE JOUR 95	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
126	La dernière fois que vous avez eu une injection, qui a fait la piqûre ?	PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ.....1 PHARMACIEN.....2 GUÉRISSEUR TRADITIONNEL3 AMI/PARENT.....4 VOUS-MÊME5 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)	

SECTION 2: REPRODUCTION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
201	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues au cours de votre vie. Avez-vous 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? Combien de filles vivent avec vous? SI AUCUN, ENREGISTRER '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 des 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 en vie mais ne vivent pas avec vous? Combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous? SI AUCUN, ENREGISTRER '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 une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite? SI NON, INSISTER : Aucun enfant qui a crié ou a montré un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours?	OUI 1 NON..... 2	→ 208								
207	Combien de garçons sont décédés? Combien de filles sont décédées? SI AUCUN, ENREGISTRER '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 Q. 203, 205, ET 207, ET ENREGISTRER LE TOTAL. SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	TOTAL..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIER 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL _____ naissances au cours de votre vie. Est-ce bien exact? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.										
210	VÉRIFIER 208: UNE NAISSANCE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/>		→ 226								

211 Maintenant je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la 1^{ère} naissance que vous avez eue.
NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À Q.212. NOTER LES JUMEAUX / TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.

212	213	214	215	216	217: SI EN VIE:	218 SI EN VIE	219 SI EN VIE:	220 SI DÉCÉDÉ:	221
Quel nom a été donné à votre (premier/suivant) enfant? (NOM)	Parmi ces naissances, y'avait-il des jumeaux ?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER : Quelle est sa date de naissance?	(NOM) est-il/elle toujours en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUTIONNÉES.	(NOM) vit-il/elle avec vous?	NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DANS LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e)? SI '1 AN', INSISTER: Quel âge avait (NOM) en mois? NOTER 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)?
01	SIMP...1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 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° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISS. SUIV.)	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	SIMP...1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 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° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER 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 NON 2
03	SIMP...1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 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° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER 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 NON 2
04	SIMP...1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 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° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER 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 NON 2
05	SIMP...1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 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° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER 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 NON 2
06	SIMP...1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 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° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER 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 NON 2
07	SIMP...1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 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° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER 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 NON 2
08	SIMP...1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 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° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER 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 NON 2

212	213	214	215	216	217: SI EN VIE:	218 SI EN VIE	219 SI EN VIE:	220 SI DÉCÉDÉ:	221
Quel nom a été donné à votre (premier/suivant) enfant? (NOM)	Parmi ces naissances, y'avait-il des jumeaux ?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER : Quelle est sa date de naissance?	(NOM) est-il/elle toujours en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous?	NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DANS LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e)? SI '1 AN', INSISTER: Quel âge avait (NOM) en mois? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANS.	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM)?
09	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI..... 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS ... 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
10	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI..... 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS ... 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
11	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI..... 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS ... 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
12	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI..... 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS ... 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2

222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE)?	OUI..... 1 NON 2
223	<p>COMPARER 208 AVEC NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER:</p> <p>NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTER ET CORRIGER)</p> <p>VÉRIFIER :</p> <p>POUR CHAQUE NAISSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE.</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ.</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ : L'ÂGE AU DÉCÈS EST ENREGISTRÉ.</p> <p>POUR L'ÂGE AU DÉCÈS 12 MOIS OU 1 AN : INSISTER POUR DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS.</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
224	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES DEPUIS JANVIER 1995. SI AUCUNE, ENREGISTRER '0'.	<input type="text"/>
225	POUR CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1995, INSCRIRE 'N' DANS LE MOIS DE NAISSANCE DU CALENDRIER. POUR CHAQUE NAISSANCE, DEMANDER LE NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ ET INSCRIRE 'G' DANS CHACUN DES MOIS PRÉCÉDENTS SELON LA DURÉE DE LA GROSSESSE. (NOTE : LE NOMBRE DE 'G' DOIT ÊTRE INFÉRIEUR DE 1 AU NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ). INSCRIRE LE NOM DE L'ENFANT SUR LA GAUCHE DU CODE 'N'.	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
226	Êtes-vous enceinte en ce moment?	OUI 1 NON..... 2 PAS SÛRE 8	→ 229
227	De combien de mois êtes-vous enceinte? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIRE 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte <u>à ce moment-là</u> , vouliez-vous <u>attendre plus tard</u> , ou vouliez-vous <u>ne plus/ne pas avoir d'enfant</u> ?	À CE MOMENT-LÀ..... 1 PLUS TARD 2 NE PLUS/NE PAS AVOIR D'ENFANT 3	
229	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né?	OUI 1 NON..... 2	→ 236
230	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
231	VÉRIFIER 230: DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN <input type="text"/> JAN. 1995 OU PLUS TARD ▼ DERNIÈRE GROSS. TERMINÉE AVANT <input type="text"/> JAN. 1995		→ 236
232	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIRE 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
233	Avez-vous eu d'autres grossesses qui ne se sont pas terminées par une naissance vivante?	OUI 1 NON..... 2	→ 236
234	DEMANDER LA DATE ET LA DURÉE DE GROSSESSE POUR CHAQUE GROSSESSE PRÉCÉDENTE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE EN REMONTANT JUSQU'EN JANVIER 1995. INSCRIRE 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ CHAQUE GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.		
235	DANS LES CASES EN BAS DU CALENDRIER, INSCRIRE LE MOIS ET L'ANNÉE DE LA FIN DE LA DERNIÈRE GROSSESSE PRÉCÉDANT JANVIER 1995 QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE		
236	Quand vos dernières règles ont-elles commencé? _____ (INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNÉE)	IL Y A ... JOURS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ... SEMAINES 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"/> EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE 994 AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995 JAMAIS EU DE RÉGLES 996	
237	Entre la période des règles et les règles suivantes, y-a-t-il un moment où une femme a plus de chances de tomber enceinte que d'autres si elle a des rapports sexuels?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	→ 301

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
238	Est-ce que ce moment se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles finissent ou au milieu, entre deux périodes de règles?	JUSTE AVANT DÉBUT DES RÈGLES 1 PENDANT LES RÈGLES 2 JUSTE APRÈS LAFIN DES RÈGLES 3 AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES DE RÈGLES 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	

SECTION 3. CONTRACEPTION

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur la planification familiale – les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.
ENCERCLER CODE 1 À 301 POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE DE FAÇON SPONTANÉ. PUIS CONTINUER A LA COLONNE 301 EN DESCENDANT, EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. ENCERCLER LE CODE 1 SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE 2 SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE MÉTHODE AVEC CODE 1 ENCERCLÉ À 301, POSER 302.

301	De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler? POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER : Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE)?	302	Avez-vous déjà utilisé (MÉTHODE)?
01	STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI1 NON2 ↘ ▼	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI1 NON2
02	STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI1 NON2 ↘ ▼	Avez-vous eu un partenaire qui avait eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI1 NON2
03	PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour	OUI1 NON2 ↘ ▼	OUI1 NON2
04	DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place à l'intérieur.	OUI1 NON2 ↘ ▼	OUI1 NON2
05	INJECTIONS Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI1 NON2 ↘ ▼	OUI1 NON2
06	IMPLANTS Les femmes peuvent se faire insérer sous la peau de la partie supérieure du bras plusieurs petits bâtonnets qui les empêchent de tomber enceinte pendant une année ou plus.	OUI1 NON2 ↘ ▼	OUI1 NON2
07	CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis pendant les rapports sexuels.	OUI1 NON2 ↘ ▼	OUI1 NON2
08	CONDOM FÉMININ Les femmes peuvent se placer un étui dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI1 NON2 ↘ ▼	OUI1 NON2
09	DIAPHRAGME Les femmes peuvent se placer un diaphragme dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI1 NON2 ↘ ▼	OUI1 NON2
10	MOUSSE OU GELÉE Les femmes peuvent s'insérer un suppositoire, se mettre de la gelée ou de la crème dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI1 NON2 ↘ ▼	OUI1 NON2
11	MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRHÉE (MAMA) Jusqu'à 6 mois après une naissance, une femme peut utiliser une méthode qui nécessite d'allaiter souvent, jour et nuit, et que ses règles ne soient pas revenues.	OUI1 NON2 ↘ ▼	OUI1 NON2
12	RHYTHME/CONTINENCE PÉRIODIQUE Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter une grossesse en évitant les rapports sexuels les jours du mois où elle a plus de chances de tomber enceinte.	OUI1 NON2 ↘ ▼	OUI1 NON2
13	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI1 NON2 ↘ ▼	OUI1 NON2
14	PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre une pilule les jours après les rapports sexuels, jusqu'au troisième jour après, pour éviter de tomber enceinte.	OUI1 NON2 ↘ ▼	OUI1 NON2
15	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse?	OUI1 _____ (PRÉCISER) _____ (PRÉCISER) NON2 ↘ ▼	OUI1 NON2 OUI1 NON2
303	VÉRIFIER 302: PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/> AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> (N'A JAMAIS UTILISÉ) ▼ (A DÉJÀ UTILISÉ)		→ 307

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
304	Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte?	OUI1 NON 2	→ 328
306	Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 302 ET 303 (ET 301 SI NÉCESSAIRE).		
307	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le 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, ENREGISTRER "00".	NOMBRE D'ENFANTS <input type="text"/>	
308	VÉRIFIER 302 (01): FEMME NON STÉRILISÉE <input type="checkbox"/> FEMME STÉRILISÉE <input type="checkbox"/>		→ 311A
309	VÉRIFIER 226: NON ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→ 320
310	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte?	OUI1 NON 2	→ 320
311	Quelle méthode utilisez-vous?	STÉRILISATION FÉMININE A STÉRILISATION MASCULINE B PILULE..... C DIU..... D INJECTIONS..... E IMPLANTS F CONDOM..... G CONDOM FÉMININ H DIAPHRAGME I MOUSSE/GELÉE J MAMA K CONTINENCE PÉRIODIQUE L RETRAIT..... M AUTRE X (PRÉCISER)	→ 313 → 319 → 319A → 319B
311A	ENCERCLEZ 'A' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE. ENCERCLEZ 'B' POUR LA STÉRILISATION MASCULINE SI PLUS D'UNE MÉTHODE MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE CORRESPONDANT À LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.		
313	Où a eu lieu la stérilisation? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL GOUVERNEMENTAL, D'UN HOPITAL AGREE OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT) SI LES CODES 'A' ET 'B' SONT ENCERCLÉS À 311, POSER 313-317 SUR LA STÉRILISATION FÉMININE SEULEMENT.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENTAL.....11 HÔPITAL AGREE12 AUTRE PUBLIC 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVÉ.....21 DOCTEUR PRIVÉ.....23 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL 26 (PRÉCISER) AUTRE 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À						
314	<p>VÉRIFIER 311:</p> <p style="text-align: center;">CODE 'A' ENCERCLÉ CODE 'B' ENCERCLÉ</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ </p> <p>Avant votre stérilisation, vous a-t-on dit qu'à cause de cette opération vous ne pourriez pas avoir d'(autres) enfants? Avant la stérilisation, a-t-on dit à votre mari/ partenaire qu'a cause de l'opération il ne pourrait pas avoir d'(autres) enfants?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>							
316	<p>En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée?</p>	<p>MOIS <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></p> <p>ANNÉE <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><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p>							
317	<p>VÉRIFIER 316:</p> <p>STÉRILISÉE AVANT 1995 STÉRILISÉE DEPUIS 1995 OU PLUS TARD</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ </p> <p style="text-align: center;">326 320</p>								
319	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) quand vous avez commencé à l'utiliser?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL GOUVERNEMENTAL, D'UN HOPITAL AGREE OU D'UNE CLINIQUE, D'UN CENTRE DE SANTÉ, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV/AGREE 11</p> <p>C. DE SANTÉ GOUV/AGREE 12</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL 13</p> <p>AGENT DBC 15</p> <p>AUTRE PUBLIC 16</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ 21</p> <p>PHARMACIE 22</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ 23</p> <p>CLINIQUE ARBEF 24</p> <p>INFIRMERIE 25</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MEDICAL 26</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/KIOSQUE 31</p> <p>ÉGLISE 32</p> <p>PARENTS/AMIS 33</p> <p>AUTRE 96</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISER)</p>	<p style="text-align: right;">▶ 319B</p>						

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
319A	<p>Où avez-vous appris à utiliser la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)?</p> <p>SI LA SOURCE EST L'HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV/AGREE.....11</p> <p>C. DE SANTÉ GOUV/AGREE12</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL.....13</p> <p>AGENT DBC15</p> <p>AUTRE PUBLIC.....16</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ21</p> <p>PHARMACIE22</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ.....23</p> <p>CLINIQUE ARBEF24</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MEDICAL26</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/QUIOSQUE31</p> <p>ÉGLISE32</p> <p>PARENTS/AMIS33</p> <p>AUTRE96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
319B	<p>Depuis combien de mois utilisez-vous (MÉTHODE) de façon continue?</p> <p>SI MOINS D'1 MOIS, ENREGISTRER '00'.</p>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>8 ANNÉES OU PLUS..... 96</p>	
320	<p>VÉRIFIER 311/311A:</p> <p>ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE:</p> <p>SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ POUR UNE MÉTHODE À 311/311A, ENCERCLEZ LE CODE POUR LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.</p>	<p>PAS DE CODE ENCERCLÉ00</p> <p>STÉRILISATION FÉMININE01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE02</p> <p>PILULE03</p> <p>DIU04</p> <p>INJECTIONS05</p> <p>IMPLANTS06</p> <p>CONDOM07</p> <p>CONDOM FÉMININ08</p> <p>DIAPHRAGME09</p> <p>MOUSSE/GELÉE10</p> <p>MAMA.....11</p> <p>CONTINENCE PÉRIODIQUE12</p> <p>RETRAIT13</p> <p>AUTRE MÉTHODE96</p>	<p>→ 328</p> <p>→ 322</p> <p>→ 330</p> <p>→ 327</p> <p>→ 324</p> <p>→ 324</p> <p>→ 324</p> <p>→ 324</p> <p>→ 330</p> <p>→ 330</p> <p>→ 330</p>
321	<p>VÉRIFIER 319B:</p> <p>UTILISE DEPUIS 59 MOIS OU MOINS <input type="checkbox"/></p> <p>UTILISE DEPUIS 60 MOIS OU PLUS <input type="checkbox"/></p>		→ 326
322	<p>Vous avez obtenu votre (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 319).</p> <p>À ce moment-là, vous- a -t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p>	→ 325
323	<p>Vous a-t-on dit ce que vous deviez faire si vous ressentiez des effets secondaires ou si vous aviez des problèmes?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p>	→ 325
324	<p>VÉRIFIER 319B:</p> <p>UTILISE DEPUIS 59 MOIS OU MOINS <input type="checkbox"/></p> <p>UTILISE DEPUIS 60 MOIS OU PLUS <input type="checkbox"/></p>		→ 326

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
325	<p>VÉRIFIER 320:</p> <p>N'IMPORTE QUEL CODE '01'- '06' ENCERCLÉ</p> <p>N'IMPORTE QUEL CODE '08'- '11' ENCERCLÉ</p> <p>Au début, vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 319).</p> <p>À ce moment-là, vous- a-t-on parlé d'autres méthodes que vous pouviez utiliser?</p> <p>À ce moment-là, vous- a-t-on parlé d'autres méthodes que vous pouviez utiliser?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON 2</p>	
326	<p>VÉRIFIER 311/311A:</p> <p>ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE:</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE01</p> <p>PILULE03</p> <p>DIU04</p> <p>INJECTIONS05</p> <p>IMPLANTS06</p> <p>CONDOM FÉMININ08</p> <p>DIAPHRAGME09</p> <p>MOUSSE/GELÉE10</p> <p>MAMA..... 11</p>	<p>→ 330</p> <p>→ 330</p> <p>→ 330</p> <p>→ 330</p>
327	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV/AGREE11</p> <p>C. DE SANTÉ GOUV/AGREE12</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL13</p> <p>AGENT DBC15</p> <p>AUTRE PUBLIC16</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ21</p> <p>PHARMACIE22</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ23</p> <p>CLINIQUE ARBEF24</p> <p>INFIRMERIE25</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MEDICAL26</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/KIOSQUE31</p> <p>ÉGLISE32</p> <p>PARENTS/AMIS33</p> <p>AUTRE96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p>→ 330</p>
328	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON 2</p>	<p>→ 330</p>

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
329	<p>Quel est cet endroit?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <hr/> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV/AGREE.....11 C. DE SANTÉ GOUV/AGREE12 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL.....13 AGENT DBC15 AUTRE PUBLIC.....16 (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ.....21 PHARMACIE.....22 MÉDECIN PRIVÉ.....23 CLINIQUE ARBEF24 INFIRMERIE25</p> <p>AUTRE PRIVÉ MEDICAL 26 (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE BOUTIQUE/KIOSQUE31 ÉGLISE32 PARENTS/AMIS33</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISER)</p>	
330	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu la visite d'un agent de terrain qui vous a parlé de planification familiale.?</p>	<p>OUI1 NON 2</p>	
331	<p>Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un centre de santé pour recevoir des soins pour vous (ou pour vos enfants)?</p>	<p>OUI1 NON 2</p>	<p>—▶ 401</p>
332	<p>Est-ce que quelqu'un du centre de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale?</p>	<p>OUI1 NON 2</p>	

SECTION 4A. GROSSESSE, SOINS POSTNATALS ET ALLAITEMENT

401	VÉRIFIER 224: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES <input type="checkbox"/> PAS DE NAISSANCE <input type="checkbox"/> DEPUIS JANVIER 95 <input type="checkbox"/> DEPUIS JANVIER 95 <input type="checkbox"/>	→ 486
402 INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS 1995. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER LA DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES). Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la santé de tous vos enfants nés dans les 5 dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois)		
403	DERNIÈRE NAISSANCE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NUMÉRO DE LIGNE	AVANT-DERNIÈRE NAISS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NUMÉRO DE LIGNE
404	SELON Q. 212 ET Q. 216 NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/>
405	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, Ou vouliez-vous ne plus avoir d'enfant du tout? À CE MOMENT1 (PASSER À 407) ← PLUS TARD2 NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER À 407) ←	À CE MOMENT1 (PASSER À 422) ← PLUS TARD2 NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER À 422) ←
406	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre? MOIS1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ANNÉES2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS998	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre? MOIS1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ANNÉES2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS998
407	Pour cette grossesse, avez-vous reçu des soins prénatals? SI OUI: Qui avez-vous consulté? Quelqu'un d'autre? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME/ASSISTANT MEDICAL..... B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMÉE C ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMÉE D AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y (PASSER À 415) ←
408	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale? MOIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS98	
409	Combien de fois avez-vous été en consultation durant cette grossesse? NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS98	
410	VÉRIFIER 409: NOMBRE DE CONSULTATIONS PRÉNATALES REÇUES UNE FOIS <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE FOIS OU NSP <input type="checkbox"/> (PASSER À 412)	

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____																		
411	De combien de mois étiez-vous enceinte la dernière fois que vous avez passé une visite prénatale?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98																			
412	Durant cette grossesse, avez-vous eu les examens suivants, au moins une fois? Avez-vous été pesée? Vous-a-t-on mesurée? Vous-a-t-on pris la tension? Avez-vous donné un échantillon d'urine? Avez-vous donné du sang?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">OUI</td> <td style="text-align: center;">NON</td> </tr> <tr> <td>POIDS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TAILLE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TENSION</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>URINE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>SANG</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		OUI	NON	POIDS	1	2	TAILLE	1	2	TENSION	1	2	URINE	1	2	SANG	1	2	
	OUI	NON																			
POIDS	1	2																			
TAILLE	1	2																			
TENSION	1	2																			
URINE	1	2																			
SANG	1	2																			
413	Vous-a-t-on parlé des signes de complications de la grossesse?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 415) ←————— NE SAIT PAS 8																			
414	Vous-a-t-on dit où aller si vous aviez ces complications?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																			
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?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 416) ←————— NE SAIT PAS 8																			
415A	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8																			
416	Durant cette grossesse, vous-a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer? MONTRER COMPRIMÉ/SIROP.	OUI 1 NON 2 (PASSER À 418) ←————— NE SAIT PAS 8																			
417	Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris du fer, en comprimés ou en sirop? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	NOMBRE DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998																			
418	Durant cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour voir à la lumière du jour?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																			
419	Durant cette grossesse, avez-vous souffert de cécité crépusculaire [UTILISER NOM LOCAL?]	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																			
420	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 422) ←————— NE SAIT PAS 8																			
421	Quel était ce médicament? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	CHLOROQUINE A FANSIDAR B QUININE C MÉDICAMENT INCONNU D AUTRE X (PRÉCISER)																			

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
422	Quand (NOM) est né(e), 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
423	(NOM) a-t-il/ elle été pesé(e) à la naissance?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 425) ◀ NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 425) ◀ NE SAIT PAS 8
424	Combien (NOM) pesait-il/ elle? ENREGISTRER LE POIDS PORTÉ SUR LE CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	GRAMMES DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998	GRAMMES DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998
425	Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM)? Quelqu'un d'autre? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES..	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME/ASSISTANT MEDICAL B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMÉE C ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMÉE D PARENTS/AMIS E AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME/ASSISTANT MEDICAL B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMÉE C ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMÉE D PARENTS/AMIS E AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y
426	Où avez-vous accouché de (NOM)? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL GOUVERNEMENTAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL, D'UNE CLINIQUE PRIVÉE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 428) ◀ AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT. ... 21 CENTRE DE SANTÉ GOUV. 22 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE PRIVÉ. MÉDICAL _____ 36 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 428) ◀	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 428) ◀ AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT. ... 21 CENTRE DE SANTÉ GOUV. ... 22 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE PRIVÉ. MÉDICAL _____ 36 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 428) ◀
427	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne?	OUI 1 (PASSER À 432) ◀ NON 2	OUI 1 (PASSER À 434) ◀ NON 2
428	Après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une sage-femme traditionnelle vous a examinée ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 432) ◀	OUI 1 (PASSER À 434) ◀ NON 2

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
429	Après combien de jours ou de semaines après l'accouchement avez-vous eu votre premier examen de santé ENREGISTRER "00" SI MÊME JOUR.	JOURS APRÈS ACC. 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES APRÈS ACC 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	
430	Qui vous a examinée à ce moment-là? INSISTER POUR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN 1 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME/ASSISTANT MEDICAL 2 AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMÉE 3 ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMÉE 4 AUTRE 6 (PRÉCISER)	
431	Où a eu lieu ce premier examen de santé?	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT. ... 21 CENTRE DE SANTÉ GOUV. 22 DISPENSARE. 23 AUTRE PUBLIC 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL 36 (PRÉCISER) AUTRE 96 (PRÉCISER)	
432	Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme celle-ci? MONTRER 'AMPOULE/GÉLULES/SIROP.	OUI 1 NON 2	
433	Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI 1 (PASSER À 435) ◀ NON 2 (PASSER À 436) ◀	
434	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM AVANT DERNIÈRE NAISSANCE) et votre grossesse suivante?		OUI 1 NON 2 (PASSER À 438) ◀
435	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
436	VÉRIFIER 226: ENQUÊTÉE ENCEINTE?	NON <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> EN- CEINTE ▼ OU PAS SÛRE ◀	
437	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM)?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 439) ◀	

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
438	Pendant combien de temps après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels?	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998
439	Avez-vous allaité (NOM)?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 444) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 444) ←
440	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois? SI MOINS D'1 HEURE, NOTER '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, NOTER EN HEURES. AUTREMENT, NOTER EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
441	VÉRIFIER 404: ENFANT VIVANT?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ▼ (PASSER À 443) ←	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ▼ (PASSER À 443) ←
442	Allaitez-vous encore (NOM)?	OUI 1 (PASSER À 445) ← NON 2	OUI 1 (PASSER À 445) ← NON 2
443	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM) ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
444	VÉRIFIER 404: ENFANT EN VIE?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ▼ (PASSER À 447) (RETOURNER À 405, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 451)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ▼ (PASSER À 447) (RETOURNER À 405, DERNIÈRE COLONNE DU NOUV. QUESTIONNAIRE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 451)
445	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière, entre le coucher et le lever du soleil? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT .. <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT .. <input type="text"/> <input type="text"/>
446	Hier, combien de fois avez-vous allaité pendant la journée? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR. <input type="text"/> <input type="text"/>
447	Est-ce que (NOM) a 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

		DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
448	<p>Maintenant, je voudrais vous demander quelle nourriture¹ [NOM] a reçu au cours des 7 derniers jours , y compris hier.</p> <p>Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM] a-t-il/elle reçu un des liquides et/ou aliments suivants?</p> <p>POUR CHACUN DES ALIMENTS REÇUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER: Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu:</p> <p>a Eau?</p> <p>b Préparation artificielle pour bébé?</p> <p>c Tout autre type de lait, comme le lait en boîte, en poudre, ou le lait frais d'animal?</p> <p>d Jus de fruit?</p> <p>e Autres liquides tels que eau sucrée, thé, café, boissons gazeuses, ou bouillons?</p> <p>f Aliments à base de céréales [ex: mil, sorgho, maïs, riz, blé, bouillie, ou autres céréales locales]?</p> <p>g Potiron, igname ou courge rouge ou jaune, carottes ou patates douces rouges?</p> <p>h Autres aliments à base de tubercules [par ex: pommes de terre, igname blanche, manioc, cassava, ou autre tubercules/racines locales]?</p> <p>i N'importe quel légume à feuilles vertes?</p> <p>j Mangue, papaye [ou autres fruits locaux riches en vitamine A]?</p> <p>k Tout autre fruit et légume [par ex: banane, pomme, haricots verts, avocat, tomate]?</p> <p>l Viande, volaille, poisson, coquillages, ou oeufs?</p> <p>m Autres aliments à base de légumes [par ex: lentilles, haricots, soja, légumineuses, ou arachides]?</p> <p>n Fromage ou yaourts?</p> <p>o Tout aliment préparé avec de l'huile, de la graisse ou de beurre?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.</p>	<p>7 DERNIERS JOURS</p> <p>NOMBRE DE JOURS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p> <p>f <input type="text"/></p> <p>g <input type="text"/></p> <p>h <input type="text"/></p> <p>i <input type="text"/></p> <p>j <input type="text"/></p> <p>k <input type="text"/></p> <p>l <input type="text"/></p> <p>m <input type="text"/></p> <p>n <input type="text"/></p> <p>o <input type="text"/></p>	<p>HIER/ NUIT DERNIÈRE</p> <p>NOMBRE DE FOIS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p> <p>f <input type="text"/></p> <p>g <input type="text"/></p> <p>h <input type="text"/></p> <p>i <input type="text"/></p> <p>j <input type="text"/></p> <p>k <input type="text"/></p> <p>l <input type="text"/></p> <p>m <input type="text"/></p> <p>n <input type="text"/></p> <p>o <input type="text"/></p>	<p>7 DERNIERS JOURS</p> <p>NOMBRE DE JOURS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p> <p>f <input type="text"/></p> <p>g <input type="text"/></p> <p>h <input type="text"/></p> <p>i <input type="text"/></p> <p>j <input type="text"/></p> <p>k <input type="text"/></p> <p>l <input type="text"/></p> <p>m <input type="text"/></p> <p>n <input type="text"/></p> <p>o <input type="text"/></p>	<p>HIER/ NUIT DERNIÈRE</p> <p>NOMBRE DE FOIS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p> <p>f <input type="text"/></p> <p>g <input type="text"/></p> <p>h <input type="text"/></p> <p>i <input type="text"/></p> <p>j <input type="text"/></p> <p>k <input type="text"/></p> <p>l <input type="text"/></p> <p>m <input type="text"/></p> <p>n <input type="text"/></p> <p>o <input type="text"/></p>
449	<p>Hier, durant le jour ou la nuit, combien de fois (NOM) a-t-il/elle été nourri (e) de purées ou d'aliments solides ou semi-solides? SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'.</p>	<p>NOMBRE DE FOIS <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 8</p>		<p>NOMBRE DE FOIS <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
450		<p>RETOURNER À 405 DANS LA PROCHAINE COLONNE; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 451.</p>		<p>RETOURNER À 405 DANS DER-NIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 451.</p>	

SECTION 4B. VACCINATION ET SANTÉ

451	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE DEPUIS JANVIER 95. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER LA DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).																																																																																																				
452	NUMÉRO DE LIGNE DE Q.212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																																		
453	SELON Q.212 ET Q.216	NOM _____	NOM _____																																																																																																		
		VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 453, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 481)	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 453, DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU SI PLUS DE NAISSANCES ALLER À 481)																																																																																																		
454	Est-ce que (NOM) a reçu une dose de vitamine A, comme cela, au cours des 6 derniers mois? MONTRER L'AMPOULE/GÉLULE/SIROP.	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																																																																																																		
455	Avez-vous un carnet de vaccination où les vaccinations de (NOM) sont inscrites SI OUI: Puis-je le voir, s'il vous plaît?	OUI, VU 1 (PASSER À 457) ← OUI, PAS VU 2 (PASSER À 459) ← PAS DE CARNET 3	OUI, VU 1 (PASSER À 457) ← OUI, PAS VU 2 (PASSER À 459) ← PAS DE CARNET 3																																																																																																		
456	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM)?	OUI 1 (PASSER À 459) ← NON 2	OUI 1 (PASSER À 459) ← NON 2																																																																																																		
457	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN, À PARTIR DU CARNET. (2) NOTER '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE.	JOUR MOIS ANNÉE	JOUR MOIS ANNÉE																																																																																																		
		BCG <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> POLIO 0 (à la naissance) P0 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> POLIO 1 P1 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> POLIO 2 P2 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> POLIO 3 P3 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> DTcoq 1 D1 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> DTcoq 2 D2 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> DTcoq 3 D3 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Rougeole ROUG... <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE) VIT. A ... <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																			BCG <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> POLIO 0 P0 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> POLIO 1 P1 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> POLIO 2 P2 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> POLIO 3 P3 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> DTcoq 1 D1 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> DTcoq 2 D2 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> DTcoq 3 D3 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Rougeole ROUG... <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE) VIT. A ... <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE NOM _____
458	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur ce carnet, y compris les vaccinations faites le jour d'une campagne nationale de vaccination? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE BCG, POLIO 0-3, DTCoq 1-3, ET/OU ROUGEOLE.	OUI 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 457) (PASSER À 461) ← NON 2 (PASSER À 461) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 457) (PASSER À 461) ← NON 2 (PASSER À 461) ← NE SAIT PAS 8
459	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations pour lui éviter de contracter des maladies, y compris les vaccinations reçues le jour d'une campagne nationale de vaccination?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463) ← NE SAIT PAS 8
460	Dites-moi, s'il vous plaît, si (NOM) a reçu l'une des vaccinations suivantes:		
460A	La vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse, généralement, une cicatrice? ³	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
460B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 460E) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 460E) ← NE SAIT PAS 8
460C	Quand le premier vaccin contre la polio a-t-il été donné, juste après la naissance ou plus tard?	JUSTE APRÈS LA NAISSANCE 1 PLUS TARD 2	JUSTE APRÈS LA NAISSANCE 1 PLUS TARD 2
460D	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"/>
460E	La vaccination du DTcoq, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse ou à la fesse donnée généralement en même temps que les gouttes contre la polio?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 460G) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 460G) ← NE SAIT PAS 8
460F	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
460G	Une injection contre la rougeole?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
461	Est-ce que (NOM) a reçu certaines de ces vaccinations pendant ces deux dernières années au cours d'une journée nationale de vaccination?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463) ← PAS DE VACCIN. DANS 2 DERNIÈRES ANNÉES 3 (PASSER À 463) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463) ← PAS DE VACCIN. DANS 2 DERNIÈRES ANNÉES 3 (PASSER À 463) ← NE SAIT PAS 8
462	Au cours de quelle journée nationale de vaccination, (NOM) a-t-il reçu ces vaccinations? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	CAMPAGNE/ (TYPE/DATE) 1.....A 2.....B 3.....C 4.....D	CAMPAGNE/ (TYPE/DATE) 1.....A 2.....B 3.....C 4.....D
463	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre, à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines ?	OUI 1 (PASSER À 463B) ← NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 (PASSER À 463B) ← NON 2 NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE				
		NOM _____			NOM _____				
463A	Est-ce que (NOM) a de la fièvre en ce moment?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 464) ← NE SAIT PAS 8			OUI 1 NON 2 (PASSER À 464) ← NE SAIT PAS 8				
463B	Avez-vous fait quelque chose contre la fièvre de (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 464) ← NE SAIT PAS 8			OUI 1 NON 2 (PASSER À 464) ← NE SAIT PAS 8				
463C	Qu'avez-vous fait? Qu'est-ce qui a été fait principalement, en premier lieu? Qu'est-ce qui a été fait ensuite? ENCERCLER UN CODE DANS CHAQUE COLONNE POUR CHACUNE DES 3 PREMIÈRES ACTIONS		1er	2è	3è		1er	2è	3è
		A DONNÉ MÉDICAMENTS DE LA MAISON	01	01	01	MÉDICAMENTS DE LA MAISON.....	01	01	01
		A DONNÉ MÉDICAMENTS DE PHARMACIE (SANS ORDONNANCE)	02	02	02	MÉDICAMENTS. PHARMACIE (SANS ORDON.) ...	02	02	02
		A ÉTÉ CONDUIT À UN CENTRE DE SANTÉ PUBLIC	03	03	03	CENTRE DE SANTÉ PUBLIC.....	03	03	03
		A ÉTÉ CONDUIT À UN CENTRE DE SANTÉ AGRÉÉ/MISSION	04	04	04	CENTRE DE SANTÉ AGRÉÉ/MISSION.....	04	04	04
		A CONSULTÉ UN MÉDECIN PRIVÉ	05	05	05	A CONSULTÉ MÉDECIN PRIVÉ	05	05	05
		A CONSULTÉ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL.....	06	06	06	GUÉRISSEUR TRADITIONNEL.....	06	06	06
		A CONSULTÉ AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE	07	07	07	AGENT SANTÉ COMMUNAUT.....	07	07	07
		A DONNÉ REMÈDES MAISON/PLANTES.....	08	08	08	REMÈDES MAISON/PLANTES	08	08	08
		AUTRE _____	09	09	09	AUTRE _____	09	09	09
		– (PRÉCISER)	10	10	10	– (PRÉCISER)	10	10	10
		NON, RIEN (RIEN D'AUTRE)	98	98	98	NON, RIEN (RIEN D'AUTRE)	98	98	98
		NE SAIT PAS.....				NE SAIT PAS.....			
463D	VÉRIFIER 463C:	CODE "01" OU "02" ENCERCLÉS DANS N'IMPORTE QUELLE COLONE <input type="checkbox"/> ▼	CODE "01" OU "02" ENCERCLÉ DANS AUCUNE COLONNE <input type="checkbox"/> ▼ (ALLER À 463F)	CODE "01" OU "02" ENCERCLÉS DANS N'IMPORTE QUELLE COLONE <input type="checkbox"/> ▼	CODE "01" OU "02" ENCERCLÉ DANS AUCUNE COLONNE <input type="checkbox"/> ▼ (ALLER À 463F)				

		DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE	
		NOM _____	NOMBRE DE JOURS	NOM _____	NOMBRE DE JOURS
463E	<p>Quels médicaments ont été donnés à (NOM) ?</p> <p>DEMANDER À VOIR LE(S) MÉDICAMENT(S). SI PAS VU, MONTRER LE(S) MÉDICAMENT(S) À L'ENQUÊTÉE</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p> <p>POUR CHAQUE ANTI-PALUDIQUE, DEMANDER: Combien de temps après que la fièvre a commencé (NOM) a-t-il commencé à prendre le (NOM DU MÉDICAMENT) ?</p> <p>CODES EN JOUR : MEME JOUR = 0 1 JOUR APRÈS FIEVRE = 1 2 JOURS APRES FIEV. = 2 3 JOURS OU PLUS = 3</p>	<p>ANTIPALUDIQUES</p> <p>CHLOROQUINE A</p> <p>FANSIDAR..... B</p> <p>QUININE C</p> <p>AUTRES MÉDICAMENTS</p> <p>ASPIRINE D</p> <p>PARACETAMOL..... E</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS.....Z</p>	<p>NOMBRE DE JOURS</p>	<p>ANTIPALUDIQUES</p> <p>CHLOROQUINE A</p> <p>FANSIDAR..... B</p> <p>QUININE C</p> <p>AUTRES MÉDICAMENTS</p> <p>ASPIRINE D</p> <p>PARACETAMOL..... E</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS.....Z</p>	<p>NOMBRE DE JOURS</p>
463EA	<p>Combien avez-vous dépensé pour l'achat des médicaments sans ordonnance que vous avez donnés à (NOM) ?</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FR</p> <p>NE SAIT PAS..... 999998</p>		<p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FR</p> <p>NE SAIT PAS..... 999998</p>	
463F	VÉRIFIER 463C:	<p>CODE "03" ou "04" ENCERCLÉ DANS N'IMPORTE QUELLE COLONE</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>▼</p>	<p>CODE "03" ou "04" ENCERCLÉ DANS AUCUNE COLONNE</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>▼</p> <p>(ALLER À 463K)</p>	<p>CODE "03" ou "04" ENCERCLÉ DANS N'IMPORTE QUELLE COLONE</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>▼</p>	<p>CODE "03" ou "04" ENCERCLÉ DANS AUCUNE COLONNE</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>▼</p> <p>(ALLER À 463K)</p>
463G	<p>Combien de temps après que vous ayez remarqué la fièvre (NOM) a-t-il été conduit à un centre de santé ?</p>	<p>MEME JOUR 0 (PASSER À 463H) ◀</p> <p>1 JOUR APRÈS LA FIEVRE..... 1</p> <p>2 JOURS APRES LA FIEVRE 2</p> <p>3 JOURS OU PLUS 3</p>		<p>MEME JOUR 0 (PASSER À 463H) ◀</p> <p>1 JOUR APRÈS LA FIEVRE..... 1</p> <p>2 JOURS APRES LA FIEVRE 2</p> <p>3 JOURS OU PLUS 3</p>	
463GA	<p>Pourquoi avez-vous attendu tout ce temps avant de conduire (NOM) à un centre de santé ?</p>	<p>MALADIE PAS GRAVE 1</p> <p>ÉTABLIS. SANIATARE TROP LOIN 2</p> <p>TRANSPORT TROP CHER..... 3</p> <p>PAS D'ARGENT POUR PAYER..... 4</p> <p>AUTRE 5 (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS..... 8</p>		<p>MALADIE PAS GRAVE 1</p> <p>ÉTABLIS. SANIATARE TROP LOIN 2</p> <p>TRANSPORT TROP CHER..... 3</p> <p>PAS D'ARGENT POUR PAYER..... 4</p> <p>AUTRE 5 (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS..... 8</p>	
463H	<p>Est-ce que (NOM) a reçu un médicament ou une ordonnance médicale au centre de santé ?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2 (PASSER À 463HD) ◀</p> <p>NE SAIT PAS..... 8</p>		<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2 (PASSER À 463HD) ◀</p> <p>NE SAIT PAS..... 8</p>	

		DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
463I	<p>Quels médicaments ont été donnés ou prescrits à (NOM) au centre de santé?</p> <p>DEMANDER À VOIR LE(S) MÉDICAMENT(S). SI PAS VU, MONTRER LE(S) MÉDICAMENT(S) À L'ENQUÊTÉE</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p> <p>POUR CHAQUE ANTI-PALUDIQUÉ, DEMANDER: Combien de temps après que la fièvre a commencé (NOM) a-t-il commencé à prendre le (NOM DU MÉDICAMENT) ?</p> <p>CODES EN JOUR : MEME JOUR = 0 1 JOUR APRES FIEVRE = 1 2 JOURS APRES FIEV. = 2 3 JOURS OU PLUS = 3</p>	<p>ANTIPALUDIQUES</p> <p>CHLOROQUINE A</p> <p>FANSIDAR..... B</p> <p>QUININE C</p> <p>AUTRES MÉDICAMENTS</p> <p>ASPIRINE D</p> <p>PARACETAMOL..... E</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS.....Z</p>	<p>NOMBRE DE JOURS</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>ANTIPALUDIQUES</p> <p>CHLOROQUINE A</p> <p>FANSIDAR B</p> <p>QUININE C</p> <p>AUTRES MÉDICAMENTS</p> <p>ASPIRINE D</p> <p>PARACETAMOL E</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	<p>NOMBRE DE JOURS</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
463HA	Avez-vous acheté tous les médicaments, une partie des médicaments ou aucun médicament de l'ordonnance pour traiter la fièvre de (NOM)?	<p>TOUS LES MÉDICAMENTS..... 1</p> <p>UNE PARTIE DES MÉDICAMENTS 2</p> <p>AUCUN MÉDICAMENT 3</p> <p>(PASSER À 463HC) ←</p>		<p>TOUS LES MÉDICAMENTS 1</p> <p>UNE PARTIE DES MÉDICAMENTS 2</p> <p>AUCUN MÉDICAMENT 3</p> <p>(PASSER À 463HC) ←</p>	
463HB	Combien avez-vous dépensé pour l'achat des médicaments que vous avez donnés à (NOM) ?	<p><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> FR</p> <p>NE SAIT PAS..... 999998</p> <p>(PASSER À 463HD)</p>		<p><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> FR</p> <p>NE SAIT PAS..... 999998</p> <p>(PASSER À 463HD)</p>	
463HC	Pourquoi n'avez-vous pas acheté les médicaments qui vous ont été prescrits pour traiter la fièvre de (NOM) ?	<p>MALADIE PAS GRAVE 1</p> <p>ENFANT GUÉRI ENTRE TEMPS..... 2</p> <p>PAS D'ARGENT POUR PAYER..... 3</p> <p>AUTRE 4 (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS..... 8</p>		<p>MALADIE PAS GRAVE 1</p> <p>ENFANT GUÉRI ENTRE TEMPS 2</p> <p>PAS D'ARGENT POUR PAYER..... 3</p> <p>AUTRE 4 (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS..... 8</p>	
463HD	Combien avez-vous payé pour les frais de consultation de (NOM) au centre de santé ?	<p><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> FR</p> <p>NE SAIT PAS..... 99998</p>		<p><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> FR</p> <p>NE SAIT PAS..... 99998</p>	
463J	Est-ce que (NOM) a reçu une injection au centre de santé ?	<p>OUI..... 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>NE SAIT PAS..... 8</p>		<p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>NE SAIT PAS..... 8</p>	
463K	VÉRIFIER 463C:	<p>CODE "05" ENCERCLÉ DANS N'IMPORTE QUELLE COLONE</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p>	<p>CODE "05" ENCERCLÉ DANS AUCUNE COLONE</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>(ALLER À 463P)</p>	<p>CODE "05" ENCERCLÉ DANS N'IMPORTE QUELLE COLONE</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p>	<p>CODE "05" ENCERCLÉ DANS AUCUNE COLONE</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>(ALLER À 463P)</p>

		DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
463L	Combien de temps après que vous ayez remarqué la fièvre (NOM) a-t-il consulté un médecin privé?	MEME JOUR 0 (PASSER À 463M) ←		MEME JOUR 0 (PASSER À 463M) ←	
		1 JOUR APRÈS LA FIEVRE 1		1 JOUR APRÈS LA FIEVRE 1	
		2 JOURS APRES LA FIEVRE 2		2 JOURS APRES LA FIEVRE 2	
		3 JOURS OU PLUS 3		3 JOURS OU PLUS 3	
463LA	Pourquoi avez-vous attendu tout ce temps avant de conduire (NOM) à un centre de santé ?	MALADIE PAS GRAVE 1 ÉTABLIS. SANIATARE TROP LOIN 2 TRANSPORT TROP CHER 3 PAS D'ARGENT POUR PAYER 4		MALADIE PAS GRAVE 1 ÉTABLIS. SANIATARE TROP LOIN 2 TRANSPORT TROP CHER 3 PAS D'ARGENT POUR PAYER 4	
		AUTRE 5 (PRÉCISER)		AUTRE 5 (PRÉCISER)	
		NE SAIT PAS 8		NE SAIT PAS 8	
463M	Est-ce que (NOM) a reçu un médicament ou une ordonnance médicale chez le médecin privé?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463MD) ←		OUI 1 NON 2 (PASSER À 463MD) ←	
		NE SAIT PAS 8		NE SAIT PAS 8	
463N	Quels médicaments ont été donnés ou prescrits à (NOM) chez le médecin privé? DEMANDER À VOIR LE(S) MÉDICAMENT(S). SI PAS VU, MONTRER LE(S) MÉDICAMENT(S) À L'ENQUÊTÉE ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ POUR CHAQUE ANTI-PALUDIQUE, DEMANDER: Combien de temps après que la fièvre a commencé (NOM) a-t-il commencé à prendre le (NOM DU MÉDICAMENT) ? CODES EN JOUR : MEME JOUR = 0 1 JOUR APRÈS FIEVRE = 1 2 JOURS APRÈS FIEV. = 2 3 JOURS OU PLUS = 3	ANTIPALUDIQUES CHLOROQUINE A FANSIDAR B QUININE C AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE D PARACETAMOL E AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	NOMBRE DE JOURS _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	ANTIPALUDIQUES CHLOROQUINE A FANSIDAR B QUININE C AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE D PARACETAMOL E AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	NOMBRE DE JOURS _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
463MA	Avez-vous acheté tous les médicaments, une partie des médicaments ou aucun médicament de l'ordonnance pour traiter la fièvre de (NOM)?	TOUS LES MÉDICAMENTS 1 UNE PARTIE DES MÉDICAMENTS 2 AUCUN MÉDICAMENT 3 (PASSER À 463MC) ←		TOUS LES MÉDICAMENTS 1 UNE PARTIE DES MÉDICAMENTS 2 AUCUN MÉDICAMENT 3 (PASSER À 463MC) ←	
463MB	Combien avez-vous dépensé pour l'achat des médicaments que vous avez donnés à (NOM) ?	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin-left: 10px;">FR</div> </div> NE SAIT PAS 999998 (PASSER À 463MD)		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin-left: 10px;">FR</div> </div> NE SAIT PAS 999998 (PASSER À 463MD)	
463MC	Pourquoi n'avez-vous pas acheté les médicaments qui vous ont été prescrits pour traiter la fièvre de (NOM) ?	MALADIE PAS GRAVE 1 ENFANT GUÉRI ENTRE TEMPS 2 PAS D'ARGENT POUR PAYER 3		MALADIE PAS GRAVE 1 ENFANT GUÉRI ENTRE TEMPS 2 PAS D'ARGENT POUR PAYER 3	
		AUTRE 4 (PRÉCISER)		AUTRE 4 (PRÉCISER)	
		NE SAIT PAS 8		NE SAIT PAS 8	

		DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE		
		NOM _____		NOM _____		
463MD	Combien avez-vous payé pour les frais de consultation de (NOM) chez le médecin privé ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FR NE SAIT PAS.....99998		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FR NE SAIT PAS.....99998		
463O	Est-ce que (NOM) a reçu une injection chez le médecin privé ?	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8		OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8		
463P	VÉRIFIER 463C:	CODE "07" ENCERCLÉ DANS N'IMPORTE QUELLE COLONE <input type="checkbox"/> ▼ (ALLER À 464)	CODE "07" ENCERCLÉ DANS AUCUNE COLONE <input type="checkbox"/> ▼ (ALLER À 464)	CODE "07" ENCERCLÉ DANS N'IMPORTE QUELLE COLONE <input type="checkbox"/> ▼ (ALLER À 464)	CODE "07" ENCERCLÉ DANS AUCUNE COLONE <input type="checkbox"/> ▼ (ALLER À 464)	
463Q	Combien de temps après que vous ayez remarqué la fièvre (NOM) a-t-il consulté un agent de santé communautaire?	MEME JOUR.....0 1 JOUR APRÈS LA FIEVRE.....1 2 JOURS APRES LA FIEVRE.....2 3 JOURS OU PLUS.....3		MEME JOUR.....0 1 JOUR APRÈS LA FIEVRE.....1 2 JOURS APRES LA FIEVRE.....2 3 JOURS OU PLUS.....3		
463R	Qu'est-ce que l'agent de santé communautaire a fait ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	A DONNE DES MEDICAMENTS..... A A RECOMMANDE L'ACHAT DE MEDICAMENTS..... B A ENVOYÉ À ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ/DOCTEUR..... C AUTRE..... X (PRÉCISER)		A DONNE DES MEDICAMENTS..... A A RECOMMANDE L'ACHAT DE MEDICAMENTS..... B A ENVOYÉ À ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ/DOCTEUR..... C AUTRE..... X (PRÉCISER)		
463S	VÉRIFIER 463R:	CODES "A" ET/OU "B" ENCERCLÉS <input type="checkbox"/> NI CODE "A" NI CODE "B" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>				→ 464
463T	Quels médicaments ont été donnés ou recommandés à (NOM) par l'agent de santé communautaire? DEMANDER À VOIR LE(S) MÉDICAMENT(S). SI PAS VU, MONTRER LE(S) MÉDICAMENT(S) À L'ENQUÊTÉE ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE POUR CHAQUE ANTI-PALUDIQUES, DEMANDER: Combien de temps après que la fièvre a commencé (NOM) a-t-il commencé à prendre le (NOM DU MÉDICAMENT) ? CODES EN JOUR : MEME JOUR = 0 1 JOUR APRES FIEVRE = 1 2 JOURS APRES FIEVRE = 2 3 JOURS OU PLUS = 3	ANTIPALUDIQUES CHLOROQUINE..... A FANSIDAR..... B QUININE..... C AUTRES MEDICAMENTS ASPIRINE..... D PARACETAMOL..... E AUTRE..... X (PRÉCISER) NE SAIT PAS.....Z	NOMBRE DE JOURS	ANTIPALUDIQUES CHLOROQUINE..... A FANSIDAR..... B QUININE..... C AUTRES MEDICAMENTS ASPIRINE..... D PARACETAMOL..... E AUTRE..... X (PRÉCISER) NE SAIT PAS.....Z	NOMBRE DE JOURS	
464	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, au cours des deux dernières semaines	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 472) ← NE SAIT PAS.....8		OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 472) ← NE SAIT PAS.....8		

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
465	Quand (NOM) souffrait de la toux, respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8
467	Avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour la toux?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 472) ◀	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 472) ◀
468	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement? Quelque part ailleurs? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV/AGREE A C.SANTE GOUV/AGREE..... B DISPENSARE C AGENT DBC..... D AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE..... E AUTRE PUBLIC F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ..... G PHARMACIE H MÉDECIN PRIVÉ I CLINIQUE ARBEF..... J INFIRMERIE..... K AUTRE PRIVÉ. MEDICAL L (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE/KIOSQUE..... M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL.. N AUTRE X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV/AGREE A C.SANTE GOUV/AGREE..... B DISPENSARE C AGENT DBC..... D AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE E AUTRE PUBLIC F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G PHARMACIE H MÉDECIN PRIVÉ I CLINIQUE ARBEF..... J INFIRMERIE..... K AUTRE PRIVÉ. MEDICAL L (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE/KIOSQUE M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . N AUTRE X (PRÉCISER)
472	Est-ce-que (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 480A) ◀ NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 480A) ◀ NE SAIT PAS..... 8
473	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide (NOM) a reçu durant sa diarrhée. Lui avez-vous donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTER: Lui avez-vous donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?	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
474	Quand (NOM) a eu la diarrhée, lui avez-vous donné moins à manger que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger du tout? SI MOINS, INSISTER: Lui avez-vous donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude?	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
475	Lui avez-vous donné l'une des choses suivantes à boire?	OUI NON NSP	OUI NON NSP

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
a	Un liquide préparé à partir d'un sachet [NOM LOCAL]?	LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8	LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8
b	Un liquide maison recommandé par le gouvernement?	LIQUIDE MAISON 1 2 8	LIQUIDE MAISON 1 2 8
476	Est-ce que quelque chose d'autre a été donné pour traiter la diarrhée?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 478) ◀----- NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 478) ◀----- NE SAIT PAS 8
477	Qu'a-t-on donné pour traiter la diarrhée? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	COMPRIMÉ OU SIROP..... A INJECTION..... B (I.V.) INTRAVEINEUSE..... C REMÈDES MAISON/PLANTES..... D AUTRE _____ X (PRÉCISER)	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION..... B (I.V.) INTRAVEINEUSE..... C REMÈDES MAISON/PLANTES D AUTRE _____ X (PRÉCISER)
478	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 480A) ◀-----	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 480A) ◀-----
479	Où avez-vous demandé un conseil ou recherché un traitement? Quelque part ailleurs? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV//AGREE A C.SANTE GOUV//AGREE B DISPENSARE C AGENT DBC D AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE E AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ..... G PHARMACIE H MÉDECIN PRIVÉ I CLINIQUE ARBEF J INFIRMERIE K AUTRE PRIVÉ. MEDICAL _____ L (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE/KIOSQUE..... M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL.. N AUTRE _____ X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV//AGREE..... A C.SANTE GOUV//AGREE B DISPENSARE C AGENT DBC D AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE E AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ..... G PHARMACIE..... H MÉDECIN PRIVÉ..... I CLINIQUE ARBEF J INFIRMERIE K AUTRE PRIVÉ. MEDICAL _____ L (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE/KIOSQUE M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL.. N AUTRE _____ X (PRÉCISER)
480A	Est-ce que (NOM) dort d'habitude sous une moustiquaire ?	OUI..... 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON 2
480B	Est-ce que (NOM) a dormi sous une moustiquaire la nuit dernière?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 480G) ◀----- NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON 2 (PASSER À 480G) ◀----- NE SAIT PAS 8
480C	Est-ce que la moustiquaire sous laquelle (NOM) a dormi la nuit dernière a été achetée au marché ou reçu gratuitement ?	ACHETE AU MARCHÉ 1 RECU D'UNE ONG OU D'UNE ORGANISATION 2 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8	ACHETE AU MARCHÉ 1 RECU D'UNE ONG OU D'UNE ORGANISATION..... 2 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
480D	Depuis combien de temps avez-vous acheté ou reçu la moustiquaire ? SI PLUS DE 84 MOIS, CODER 95 SI MOINS D'UN MOIS, INSCRIVEZ '00'.	NOMBRE DE MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS98	NOMBRE DE MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
480E	Est-ce que la moustiquaire a été imprégnée d'insecticide ou non depuis que vous l'avez eue ?	OUI..... 1 NON 2 (PASSER À 480G) ← NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON 2 (PASSER À 480G) ← NE SAIT PAS..... 8
480F	Depuis combien de temps la moustiquaire a-t-elle été imprégnée d'insecticide la dernière fois ? SI PLUS DE 84 MOIS, CODER 95 SI MOINS D'UN MOIS, INSCRIVEZ '00'.	NOMBRE DE MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS98	NOMBRE DE MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
480G		RETOURNER À 453 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 481.	RETOURNER À 453 DANS LA DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 481.

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER
481	VÉRIFIER 453, TOUTES LES COLONNES: NOMBRE D'ENFANTS <u>VIVANTS</u> NÉS DEPUIS JANVIER 1995 UN OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/>		→ 486
482	La dernière fois que vous avez nourri (votre/vos) enfant(s), avez-vous lavé vos mains juste avant de (le/les) nourrir?	OUI.....1 NON2 N'A JAMAIS NOURRI ENFANT(S)3	
483	La dernière fois que vous avez nettoyé (votre enfant/un de vos enfants) après qu'il ait déféqué, avez-vous lavé vos mains immédiatement après?	OUI.....1 NON2 N'A JAMAIS NETTOYÉ ENFANT(S).....3	
484	Que faites-vous généralement des excréments de votre (plus jeune) enfant quand il n'utilise pas de toilettes?	UTILISE TOUJOURS TOILETTES/ LATRINES01 JETTE DANS TOILETTES/LATRINES ...02 JETTE À L'EXTÉRIEUR DU LOGEMENT03 JETTE EN DEHORS DE LA COUR04 ENTERRE DANS LA COUR05 S'EN DÉBARRASSE EN LAVANT AVEC DE L'EAU06 NE S'EN DÉBARRASSE PAS07 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
485	VÉRIFIER 475a TOUTES LES COLONNES: AUCUN ENFANT N'A REÇU DE SACHET DE SRO <input type="checkbox"/> UN ENFANT A REÇU DES SACHETS DE SRO <input type="checkbox"/>		→ 487
486	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé [NOM LOCAL] que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée?	OUI.....1 NON2	
487	VÉRIFIER 218: A UN OU PLUSIEURS ENFANTS VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/> N'A PAS D'ENFANT VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/>		→ 489
488	Quand (votre enfant/l'un de vos enfants) est sérieusement malade, pouvez-vous, vous-même, décider de prendre l'enfant pour qu'il soit traité médicalement? SI L'ENQUÊTÉE RÉPOND QU'AUCUN ENFANT N'A JAMAIS ÉTÉ SÉRIEUREMENT MALADE, DEMANDER: Si (votre enfant/ l'un de vos enfants) tombait sérieusement malade, pourriez-vous, vous-même, décider de prendre l'enfant pour qu'il soit traité médicalement?	OUI.....1 NON2 CELA DÉPEND.....3	
489	Maintenant, je voudrais vous poser des questions concernant des soins médicaux pour vous-même. Différentes raisons peuvent empêcher les femmes d'obtenir des conseils ou des traitements médicaux pour elles-mêmes. Quand vous êtes malade et que vous voulez un conseil ou un traitement médical, est-ce-que les questions suivantes constituent, pour vous, un gros problème, un problème mineur ou ne posent aucun problème? Savoir où aller. Obtenir la permission d'y aller. Obtenir l'argent nécessaire pour le traitement. Ne pas disposer d'un établissement de santé à proximité. Devoir prendre un moyen de transport. Ne pas vouloir s'y rendre seule. Souci qu'il n'y ait peut-être pas de personnel de santé de sexe féminin.	GROS PROBLÈME PETIT PROBLEME AUCUN PROBLÈME 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER
491	Fumez-vous actuellement des cigarettes ou du tabac? SI OUI: Que fumez-vous? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	OUI, CIGARETTES..... A OUI, PIPE..... B OUI, AUTRE TABAC..... C NON Y	
492	VÉRIFIER 491: CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>		► 494
493	Dans les dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumé?	CIGARETTES <input type="text"/>	
494	La dernière fois que vous avez préparé le repas pour votre famille, vous êtes-vous lavé les mains avant de commencer?	OUI1 NON2 N'A JAMAIS PRÉPARÉ DE REPAS3	
494A	Savez-vous comment les gens attrapent le paludisme dans votre communauté ?	OUI1 NON2	► 496
495	Comment peuvent-ils attraper le paludisme ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	QUAND IL FAIT FROID A QUAND IL FAIT CHAUD..... B CHANGEMENTS DE SAISON..... C MOUSTIQUES D EMBRASSADES E EXPOSITION AU SOLEIL..... F SORCELLERIE G AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
496	Que pouvez-vous faire pour éviter d'attraper le paludisme ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	RESTER A L'INTERIEUR A RESTER SOUS UNE MOUSTIQUAIRE .. B EVITER PIQUES DE MOUSTIQUES... C UTILISER DES INSECTICIDES..... D BRULER LES FEUILLES/BOUSES..... E PORTER DES VETEMENTS CHAUDS... F PRENDRE DES ANTIPALUDIQUES G AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	► 498
497	Combien de temps quelqu'un a t-il besoin de prendre de la chloroquine pour traiter le paludisme ?	NOMBRE DE JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS98	
498	VÉRIFIER 226: ACTUELLEMENT ENCEINTE <input type="checkbox"/> PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/>		► 498E
498A	Avez-vous souffert de la fièvre, à un moment quelconque, au cours des deux dernières semaines?	OUI1 NON2	► 498E
498B	Avez-vous pris des médicaments contre la fièvre?	OUI1 NON2	► 498E

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER	
498C	<p>Quels médicaments avez-vous pris ?</p> <p>DEMANDER À VOIR LE(S) MÉDICAMENT(S). SI PAS VU, MONTRER LE(S) MÉDICAMENT(S) À L'ENQUÊTÉE</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p> <p>POUR CHAQUE ANTI-PALUDIQUE, DEMANDER: Combien de temps après que la fièvre a commencé avez-vous commencé à prendre le (NOM DU MÉDICAMENT) ?</p> <p>CODES EN JOUR : MEME JOUR = 0 1 JOUR APRES FIEVRE = 1 2 JOURS APRES FIEVRE = 2 3 JOURS OU PLUS = 3</p>	<p>ANTIPALUDIQUES</p> <p>CHLOROQUINEA</p> <p>FANSIDARB</p> <p>QUININEC</p> <p>AUTRES MÉDICAMENTS</p> <p>ASPIRINE.....D</p> <p>PARACETAMOLE</p> <p>AUTRE X</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	<p>NOMBRE DE JOURS</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
498D	Combien de fois avez-vous pris ce médicament?		<p>NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS98</p>	
498E	Avez-vous dormi sous une moustiquaire la nuit dernière?		<p>OUI1</p> <p>NON2</p>	▶ 501
498F	Est-ce que la moustiquaire sous laquelle vous avez dormi la nuit dernière a été achetée au marché ou reçue gratuitement ?		<p>ACHETÉE AU MARCHÉ.....1</p> <p>RECU D'UNE ONG OU D'UNE ORGANISATION.....2</p> <p>AUTRE 6 (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS8</p>	
498G	<p>Depuis combien de temps avez-vous acheté ou reçu la moustiquaire ?</p> <p>SI PLUS DE 84 MOIS, CODER 95</p>		<p>NOMBRE DE MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS98</p>	
498H	Est-ce que la moustiquaire a été imprégnée d'insecticide ou non depuis que vous l'avez eue ?		<p>OUI1</p> <p>NON2</p> <p>NE SAIT PAS8</p>] ▶ 501
498I	<p>Depuis combien de temps la moustiquaire a-t-elle été imprégnée d'insecticide la dernière fois ?</p> <p>SI PLUS DE 84 MOIS, CODER 95</p>		<p>NOMBRE DE MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS98</p>	

SECTION 5. MARIAGE ACTIVITÉ SEXUELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
501	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous actuellement avec un homme?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE..... 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME 2 NON, PAS EN UNION 3	→ 505
502	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE..... 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME..... 2 NON 3	→ 507 → 514
503	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE 1 DIVORCÉE 2 SÉPARÉE 3	→ 507
505	Est-ce que votre mari/ partenaire vit actuellement avec vous, ou vit-il ailleurs?	VIT AVEC ELLE 1 VIT AILLEURS 2	
506	ENREGISTRER LE NOM DU MARI/PARTENAIRE ET SON NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEUILLE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE, ENREGISTRER '00'.	NOM _____ No DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	
506A	Est-ce que votre mari/ partenaire a d'autres épouses/ femmes en plus de vous-même?	OUI..... 1 NON 2	→ 507
506B	Combien d'autres femmes a-t-il?	NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	→ 507
506C	Êtes-vous la première, seconde, femme?	RANG..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
507	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une fois ou plus d'une fois?	UNE FOIS 1 PLUS D'UNE FOIS 2	
508	VÉRIFIER 507: MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/> ↓ En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/ partenaire? MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> ↓ Maintenant, nous allons parler de votre premier mari/ partenaire. En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS LE MOIS 98 ANNÉE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS L'ANNÉE 9998	→ 511
509	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à vivre avec lui?	ÂGE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
511	VÉRIFIER 501: OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE OU VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> ↓ NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 514
512	VÉRIFIER 311/311A: N'IMPORTE QUEL CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ AUCUN CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>		→ 514
513	Vous m'avez dit que vous utilisez actuellement la contraception. Diriez-vous que la décision d'utiliser la contraception vient principalement de vous-même, principalement de votre mari/ partenaire, ou avez-vous décidé ensemble?	PRINCIPALEMENT ENQUÊTÉE..... 1 PRINCIPAL. MARI/PARTENAIRE 2 DÉCISION COMMUNE..... 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A								
514	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes de la vie familiale? Quel âge aviez-vous quand vous avez eu vos premiers rapports sexuels (si vous en avez-eus)?	JAMAIS 00 ÂGE EN ANNÉES <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> 1ère FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (1er) MARI/PARTENAIRE 95			→524						
515	Il y a combien de temps que vous avez eu vos derniers rapports sexuels? ENREGISTRER EN "NOMBRE D'ANNÉES" SEULEMENT SI LES DERNIERS RAPPORTS ONT EU LIEU IL Y A UN AN OU PLUS.	NOMBRE DE JOURS..... 1 <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> NOMBRE DE SEMAINES 2 <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> NOMBRE DE MOIS..... 3 <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> NOMBRE D'ANNÉES..... 4 <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>									→524
516	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé?	OUI 1 NON..... 2	→517								
516A	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion?	ENQUÊTÉE VEUT ÉVITER MST/SIDA .. 1 ENQ. VEUT ÉVITER GROSSESSE..... 2 ENQ. VEUT ÉVITER À LA FOIS MST/SIDA ET GROSSESSE 3 N'AVAIT PAS CONFIANCE DANS PARTENAIRE /SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRES 4 PARTENAIRE A DEMANDÉ/INSISTÉ 5 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8									
517	Quelle est votre relation avec l'homme avec qui vous avez eu vos derniers rapports sexuels? SI "PETIT AMI" OU "FIANCÉ", DEMANDER: Votre petit ami/ fiancé vivait-il avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec lui? SI "OUI", ENREGISTRER '1' SI "NON", ENREGISTRER '2'	C'EST MON MARI/PARTENAIRE COHABITANT 1 C'EST MON AMI/FIANCÉ 2 C'EST UN AUTRE AMI 3 C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL. ... 4 C'EST UN PARENT 5 C'EST UN CLIENT (PROSTITUTION) 6 AUTRE 7 (PRÉCISER)	→519								
518	Depuis combien de temps avez-vous des relations sexuelles avec cet homme? Ou pendant combien de temps avez-vous des relations sexuelles avec cet homme?	JOURS 1 <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> SEMAINES..... 2 <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> MOIS 3 <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> ANNÉES..... 4 <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>									
519	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre?	OUI 1 NON..... 2	→524								
520	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec un autre homme, est-ce qu'un condom a été utilisé?	OUI 1 NON..... 2	→521								
520A	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion?	ENQUÊTÉE VEUT ÉVITER MST/SIDA .. 1 ENQ. VEUT ÉVITER GROSSESSE..... 2 ENQ. VEUT ÉVITER À LA FOIS MST/SIDA ET GROSSESSE 3 N'AVAIT PAS CONFIANCE DANS PARTENAIRE /SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRES 4 PARTENAIRE A DEMANDÉ/INSISTÉ 5 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8									

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
521	<p>Quelle est votre relation avec cet homme?</p> <p>SI "PETIT AMI" OU "FIANCÉ", DEMANDER:</p> <p>Votre petit ami/ fiancé vivait-il avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec lui?</p> <p>SI "OUI", ENREGISTRER '1' SI "NON", ENREGISTRER '2'</p>	<p>C'EST MON MARI/PARTENAIRE COHABITANT 1</p> <p>C'EST MON AMI/FIANCÉ 2</p> <p>C'EST UN AUTRE AMI 3</p> <p>C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL... 4</p> <p>C'EST UN PARENT 5</p> <p>C'EST UN CLIENT (PROSTITUTION) ... 6</p> <p>AUTRE 7 (PRÉCISER)</p>	→ 522A
522	<p>Depuis combien de temps avez-vous des relations sexuelles avec cet homme? Ou pendant combien de temps avez-vous des relations sexuelles avec cet homme?</p>	<p>JOURS 1</p> <p>SEMAINES 2</p> <p>MOIS 3</p> <p>ANNÉES 4</p>	
522A	<p>Mis à part ces deux hommes, avez- vous des relations sexuelles avec quelqu'un d'autre au cours des 12 derniers mois ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 524
522B	<p>La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cet autre homme, un condom a t-il été utilisé?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 522D
522C	<p>Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion?</p>	<p>ENQUÊTÉE VEUT ÉVITER MST/SIDA .. 1</p> <p>ENQ. VEUT ÉVITER GROSSESSE 2</p> <p>ENQ. VEUT ÉVITER À LA FOIS MST/SIDA ET GROSSESSE 3</p> <p>N'AVAIT PAS CONFIANCE DANS PARTENAIRE /SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRES 4</p> <p>PARTENAIRE A DEMANDÉ/INSISTÉ ... 5</p> <p>AUTRE 6 (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
522D	<p>Quelle est votre relation avec cet homme?</p> <p>SI "PETIT AMI" OU "FIANCÉ", DEMANDER:</p> <p>Votre petit ami/ fiancé vivait-il avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec lui?</p> <p>SI "OUI", ENREGISTRER '1' SI "NON", ENREGISTRER '2'</p>	<p>C'EST MON MARI/PARTENAIRE COHABITANT 1</p> <p>C'EST MON AMI/FIANCÉ 2</p> <p>C'EST UN AUTRE AMI 3</p> <p>C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL... 4</p> <p>C'EST UN PARENT 5</p> <p>C'EST UN CLIENT (PROSTITUTION) ... 6</p> <p>AUTRE 7 (PRÉCISER)</p>	→ 523
522E	<p>Depuis combien de temps avez-vous des relations sexuelles avec cet homme? Ou pendant combien de temps avez-vous des relations sexuelles avec cet homme?</p>	<p>JOURS 1</p> <p>SEMAINES 2</p> <p>MOIS 3</p> <p>ANNÉES 4</p>	
523	<p>En tout, avec combien d'hommes différents avez-vous eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois?</p>	<p>NOMBRE DE PARTENAIRES ...</p>	
524	<p>Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 601

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A			
525	<p>Où est-ce?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Aucun autre endroit?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV/AGREEA</p> <p>C. DE SANTÉ GOUV/AGREE.....B</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL..... C</p> <p>AGENT DBC D</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ E</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ F</p> <p>PHARMACIE G</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ..... H</p> <p>CLINIQUE ARBEF I</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MEDICAL _____ J</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/QUIOSQUEK</p> <p>ÉGLISE L</p> <p>PARENTS/AMIS M</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>				
526	<p>Si vous le souhaitez, pourriez-vous vous procurer vous-même un condom?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON.....2</p> <p>NE SAIT PAS/N" EST PAS SÛRE.....8</p>				
530	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer des condoms en allant à pied ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON.....2</p>	→ 601			
531	<p>Où est-ce ?</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV/AGREE 11</p> <p>C. DE SANTÉ GOUV/AGREE..... 12</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL 13</p> <p>AGENT DBC 15</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ 16</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ 21</p> <p>PHARMACIE 22</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ 23</p> <p>CLINIQUE ARBEF 24</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MEDICAL _____ 26</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/QUIOSQUE 31</p> <p>ÉGLISE 32</p> <p>PARENTS/AMIS..... 33</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>				
532	<p>Combien de temps faut-il pour aller à l'endroit le plus proche à pied afin de se procurer un condom ?</p>	<p>MINUITES..... <table border="1" data-bbox="1209 1564 1328 1612"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table></p> <p>SUR PLACE 996</p>				

SECTION 6. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
601	VÉRIFIER 311/311A: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> ▼ </div> <div style="text-align: center;"> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 614								
602	VÉRIFIER 226: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ▼ </div> <div style="text-align: center;"> ENCEINTE <input type="checkbox"/> ▼ </div> </div> <p>Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (un autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autre) enfant?</p> <p>Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autre enfant?</p>	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT 1 PAS D'AUTRE/AUCUN 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE..... 3 PAS ENCEINTE/PAS SÛRE ET INDÉCISE/NE SAIT PAS 4 ENCEINTE ET INDÉCISE/ NE SAIT PAS 5	→ 604 → 609 → 608 → 610								
603	VÉRIFIER 226: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ▼ </div> <div style="text-align: center;"> ENCEINTE <input type="checkbox"/> ▼ </div> </div> <p>Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant?</p> <p>Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant?</p>	MOIS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉES 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> BIENTÔT/MAINTENANT 993 DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE... 994 APRÈS MARIAGE 995 AUTRE 996 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 998									→ 609
604	VÉRIFIER 226: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ▼ </div> <div style="text-align: center;"> ENCEINTE <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 610								
605	VÉRIFIER 310: UTILISE UNE MÉTHODE? N'UTILISE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> NON POSÉE <input type="checkbox"/> ▼ </div> <div style="text-align: center;"> PAS ACTUEL- LEMENT <input type="checkbox"/> ▼ </div> <div style="text-align: center;"> UTILISE AC- TUELLEMENT <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 608								
606	VÉRIFIER 603: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> NON POSÉE <input type="checkbox"/> ▼ </div> <div style="text-align: center;"> 24 MOIS OU PLUS OU 2 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/> ▼ </div> <div style="text-align: center;"> 00-23 MOIS OU 00-01ANNÉE <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 610								

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
607	<p>VÉRIFIER 602:</p> <p>VEUT UN/UN AUTRE ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>NE VEUT PAS D'(AUTRE) ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>Vous avez dit que, dans l'immédiat, vous ne vouliez pas avoir (un/ un autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse. Pouvez-vous me dire pourquoi?</p> <p>Vous avez dit que vous ne vouliez pas d'(autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse. Pouvez-vous me dire pourquoi?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>NON MARIÉEA</p> <p>RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELSB</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS C</p> <p>MÉNOPAUSE//HYSTÉRECTOMIE D</p> <p>SOUS-FÉCONDE/STÉRILEE</p> <p>AMÉNORRHÉE POSTPARTUMF</p> <p>ALLAITEMENT 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 PERSONNES OPPOSÉESK</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX L</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE M</p> <p>CONNAÎT AUCUNE SOURCE N</p> <p>RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES</p> <p>PROBLÈMES DE SANTÉ O</p> <p>PEUR DES EFFETS SECONDAIRES ...P</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN Q</p> <p>TROP CHER R</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISERS</p> <p>INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NORMALES DU CORPST</p> <p>AUTRE X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PASZ</p>	
608	<p>Dans les semaines qui viennent, si vous découvriez que vous êtes enceinte, cela serait-il un problème important, un petit problème ou cela ne vous poserait-il aucun problème?</p>	<p>PROBLÈME IMPORTANT 1</p> <p>PETIT PROBLÈME 2</p> <p>AUCUN PROBLÈME 3</p> <p>DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 4</p>	
609	<p>VÉRIFIER 310: UTILISE UNE MÉTHODE?</p> <p>NON POSÉE <input type="checkbox"/></p> <p>NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p> <p>OUI, UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 614</p>
610	<p>Pensez-vous que, dans l'avenir, vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>→ 612</p>
611	<p>Quelle méthode préféreriez-vous utiliser?</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE 01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE 02</p> <p>PILULE 03</p> <p>DIU 04</p> <p>INJECTIONS 05</p> <p>IMPLANTS 06</p> <p>CONDOM 07</p> <p>CONDOM FÉMININ 08</p> <p>DIAPHRAGME 09</p> <p>MOUSSE/GELÉE 10</p> <p>MAMA 11</p> <p>CONTINENCE PÉRIODIQUE 12</p> <p>RETRAIT 13</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISER)</p> <p>PAS SÛRE/NE SAIT PAS 98</p>	<p>→ 614</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
612	Quelle est la raison principale pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez pas de méthode dans l'avenir?	NON MARIÉE 11 RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ PAS DE RAP. SEXUELS/RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS 22 MÉNOPAUSE//HYSTÉRECTOMIE 23 SOUS-FÉCONDE/STÉRILE 24 VEUT AUTANT D'ENFANTS QUE POSSIBLE 26 OPPOSITION À L'UTILISATION ENQUÊTÉE OPPOSÉE 31 MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ 32 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES .. 33 INTERDITS RELIGIEUX 34 MANQUE DE CONNAISSANCE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE 41 CONNAÎT AUCUNE SOURCE 42 RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES PROBLÈMES DE SANTÉ 51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES . 52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN 53 TROP CHER 54 PAS PRATIQUE À UTILISER 55 INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NATURELLES DU CORPS 56 AUTRE 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	→ 614
613	Utiliserez-vous une méthode si vous étiez mariée?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
614	VÉRIFIER 216: A DES EN- FANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> Si vous pouviez revenir à l'époque ou vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ? N'A PAS D'EN- FANT VIVANT <input type="checkbox"/> Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir? INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.	NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE 96 (PRÉCISER)	→ 616
615	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?	GARÇONS FILLES N'IMPOR NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE 96 (PRÉCISER)	
616	Diriez-vous que vous approuvez ou que vous désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter de tomber enceinte?	APPROUVE 1 DÉSAPPROUVE 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 3	
617	Au cours des derniers mois, avez-vous entendu parler de planification familiale: À la radio? À la télévision? Dans des journaux ou magazines?	OUI NON RADIO 1 2 TÉLÉVISION 1 2 JOURNAUX OU MAGAZINES 1 2	
619	Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la pratique de la planification familiale avec vos ami(e)s, vos voisin(e)s ou vos parent(e)s?	OUI 1 NON 2	→ 621

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
620	<p>Avec qui en avez-vous discuté?</p> <p>Quelqu'un d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	MARI/PARTENAIREA MÈREB PÈREC SOEUR(S)D FRÈRES(S)E FILLEF FILSG BELLE-MÈREH AMI(E)S/VOISIN(E)SI AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
621	<p>VÉRIFIER 501:</p> <p>OUI, ACTUEL- LEMENT MARIÉE <input type="checkbox"/></p> <p>OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/></p>		→ 625
622	<p>Maintenant je voudrais vous parler des opinions de votre mari/ partenaire en matière de planification familiale.</p> <p>Pensez-vous que votre mari/ partenaire approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?</p>	APPROUVE 1 DÉSAPPROUVE 2 NE SAIT PAS 8	
623	<p>Combien de fois, au cours des 12 derniers mois, avez-vous parlé de la planification familiale avec votre mari/ partenaire?</p>	JAMAIS 1 UNE OU DEUX FOIS 2 PLUS SOUVENT 3	
624	<p>Pensez-vous que votre mari/ partenaire veut le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage que vous ou en veut moins que vous?</p>	MÊME NOMBRE 1 PLUS D'ENFANTS 2 MOINS D'ENFANTS 3 NE SAIT PAS 8	
625	<p>Le mari et la femme ne sont pas toujours d'accord sur tout. S'il vous plaît, dites-moi si vous pensez qu'il est normal qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari/ partenaire quand:</p> <p>Elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur à ça?</p> <p>Elle a accouché récemment?</p> <p>Elle sait que son mari/ partenaire a des rapports sexuels avec d'autres femmes?</p> <p>Elle sait que son mari/ partenaire a une maladie sexuellement transmissible?</p>	<p style="text-align: right;">OUI NON NSP</p> FATIGUÉE/PAS HUMEUR.... 1 2 8 ACCOUCHE. RÉCENT 1 2 8 AUTRES FEMMES..... 1 2 8 IL A UNE MST 1 2 8	

SECTION 7. CARACTÉRISTIQUES DU CONJOINT ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
701	<p>VÉRIFIER 501 ET 502:</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>JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 703</p> <p>→ 707</p>
702	<p>Quel âge a eu votre mari/ partenaire à son dernier anniversaire?</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ... <input type="text"/></p>	
703	<p>Est-ce que votre (dernier) mari/ partenaire a fréquenté l'école?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p>	→ 706
704	<p>Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint : Primaire, post-primaire, secondaire ou supérieur?</p>	<p>PRIMAIRE1</p> <p>POST-PRIMAIRE2</p> <p>SECONDAIRE3</p> <p>SUPÉRIEUR4</p> <p>NE SAIT PAS8</p>	→ 706
705	<p>Quelle est la dernière (classe/ année) qu'il a achevé à ce niveau?</p>	<p>CLASSE/ANNÉE..... <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS..... 8</p>	
706	<p>VÉRIFIER 701:</p> <p>ACTUEL. 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>	<p><input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
707	<p>En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous travaillez actuellement?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p>	→ 710
708	<p>Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille. Faites-vous en ce moment quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p>	→ 710
709	<p>Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p>	→ 719
710	<p>Quelle est votre occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail faites- vous principalement?</p>	<p><input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
711	<p>VÉRIFIER 710:</p> <p>TRAVAILLE DANS AGRICULTURE <input type="checkbox"/></p> <p>NE TRAVAILLE PAS DANS AGRICULTURE <input type="checkbox"/></p>		→ 713
712	<p>Travaillez-vous principalement sur votre propre terre, ou sur la terre de votre famille, ou travaillez-vous sur une terre que vous louez, ou travaillez vous sur la terre de quelqu'un d'autre?</p>	<p>PROPRE TERRE1</p> <p>TERRE DE LA FAMILLE2</p> <p>TERRE LOUÉE3</p> <p>TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE4</p> <p>TERRE DE MOITIÉ5</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
713	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre, ou êtes-vous à votre compte?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE.....1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE.....2 À SON COMPTE.....3	
714	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière, ou seulement de temps en temps?	TOUTE L'ANNÉE1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE2 TEMPS EN TEMPS.....3	
715	Pour ce travail, touchez-vous de l'argent, êtes-vous payée en nature ou n'êtes-vous pas du tout payée?	ARGENT SEULEMENT1 ARGENT ET NATURE2 EN NATURE SEULEMENT.....3 PAS PAYÉE4	718
716	Qui décide principalement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME1 MARI/PARTENAIRE2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE3 QUELQU'UN D'AUTRE4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE ENSEMBLE5	
717	En moyenne, quelle part des dépenses de votre ménage est payée par ce que vous gagnez : presque rien, moins de la moitié, à peu près la moitié, plus de la moitié ou la totalité?	PRESQUE RIEN1 MOINS DE LA MOITIÉ.....2 À PEU PRÈS LA MOITIÉ3 PLUS DE LA MOITIÉ4 LA TOTALITÉ.....5 RIEN, TOUT SON REVENU EST GARDÉ.6	
718	Travaillez-vous habituellement à la maison ou loin de la maison?	À LA MAISON1 LOIN DE LA MAISON2	
719	Dans votre famille, qui a généralement le dernier mot dans les décisions suivantes: Vos propres soins de santé? Les achats de choses importantes pour le ménage? Les achats pour les besoins quotidiens du ménage? Les visites à la famille, aux amis ou parents? Quelle nourriture sera préparée chaque jour?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME = 1 MARI/PARTENAIRE = 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE, ENSEMBLE = 3 QUELQU'UN D'AUTRE = 4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE, ENSEMBLE = 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE = 6 SOINS 1 2 3 4 5 6 CHO. IMP. 1 2 3 4 5 6 QUOTID. 1 2 3 4 5 6 VISITES 1 2 3 4 5 6 NOURRIT. 1 2 3 4 5 6	
720	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE MOMENT (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS, OU PAS PRÉSENTES)	PRÉS./ PRÉS./ PAS ÉCOUTE ÉCOUTE PRÉS. PAS PAS ENFANTS <10 1 2 8 MARI 1 2 8 AUTRES HOMMES 1 2 8 AUTRES FEMMES 1 2 8	
721	Parfois un mari est contrarié ou en colère à cause de certaines choses que fait sa femme. À votre avis, est-il normal 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 discute ses opinions? Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui? Si elle brûle la nourriture?	OUI NON NSP SORTIR 1 2 8 NÉGL. ENFANTS 1 2 8 DISCUTER 1 2 8 REFUSER SEX. 1 2 8 BRÛLER NOUR. 1 2 8	

SECTION 8. SIDA ET AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
801	Maintenant, je voudrais vous parler de quelque chose d'autre. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée SIDA?	OUI1 NON2	→ 818
802	Y-a-t-il quelque chose qu'une personne peut faire pour éviter de contracter le SIDA ou le virus qui cause le SIDA?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	→ 809
803	Que peut-on faire? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEX A UTILISER DES CONDOMS B LIMITER RAPPORTS SEX. À UN PARTENAIRE /RESTER FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIRE C LIMITER LE NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS D ÉVITER RAP. SEX. PROSTITUÉES E ÉVITER RAP. SEX. AVEC PERSONNES AYANT BEAUCOUP PARTENAIRE .F ÉVITER RAP. SEX. HOMOSEXUELS G ÉVITER RAP. SEX. AVEC PERSONNES QUI SE FONT DES INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE DROGUES H ÉVITER TRANSFUSIONS SANG I ÉVITER INJECTIONS J ÉVITER D'EMBRASSER K ÉVITER PIQÛRES MOUSTIQUES L CHERCHER PROTECTION DES GUÉRISSEURS TRADITIONNELS M ÉVITER PARTAGER RASOIRS/LAMES..N AUTRE _____ W (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	
804	Est-ce qu'on peut se protéger du virus du SIDA en ayant seulement un partenaire sexuel qui n'a aucun autre partenaire?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	
805	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA en se faisant piquer par des moustiques?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	
806	Est-ce qu'on peut se protéger du virus SIDA en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	
807	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA en partageant la nourriture de quelqu'un atteint du SIDA?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	
808	Est-ce qu'on peut se protéger du virus du SIDA en s'abstenant complètement de rapports sexuels	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	
809	Est-il possible qu'une personne apparemment en bonne santé ait en fait le virus du SIDA?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	
811	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a le virus du SIDA ou quelqu'un qui est décédé du SIDA?	OUI1 NON2	
812	Est-ce que le virus qui cause le SIDA peut être transmis de la mère à l'enfant?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	→ 814

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
813A	Quand le virus qui cause le SIDA peut-il être transmis par la mère à l'enfant? Peut-il être transmis: Durant la grossesse? Durant l'accouchement? Durant l'allaitement?	OUI NONNSP DURANT GROSSESSE 1 2 8 DURANT ACCOUCHEM. 1 2 8 DURANT ALLAITEMENT 1 2 8	
814	VÉRIFIER 501: OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> NON, PAS EN UNION NE VIT PAS AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>		→ 815A
815	Avez-vous déjà parler des moyens d'éviter de contracter le virus du SIDA avec (votre mari /la personne avec qui vous vivez)	OUI1 NON.....2	
815A	À votre avis, est-il admissible ou inadmissible de parler du SIDA: À la radio ? À la télévision? Dans les journaux?	PAS ADMIS- ADMIS- SIBLE SIBLE À LA RADIO..... 1 2 À LA TV 1 2 DANS LES JOURNAUX ... 1 2	
816	Si une personne apprend qu'elle est infecté par le virus qui cause le SIDA, cette personne devrait-elle être autorisée à garder son état secret ou cette information devrait-elle être communiquée à la communauté?	PEUT ÊTRE GARDÉ SECRET1 COMMUNIQUÉ À LA COMMUNAUTÉ2 NSP/PAS SÛRE8	
817	Si quelqu'un de votre famille contractait le virus qui cause le SIDA, seriez-vous prête à prendre soin de lui ou d'elle dans votre propre ménage?	OUI1 NON.....2 NSP/PAS SÛRE /CELA DÉPEND.....8	
817A	Est-ce que les personnes atteintes du SIDA et qui travaillent avec d'autres personnes dans des boutiques, des bureaux, ou dans des fermes, devraient être autorisées ou non à continuer leur travail ?	PEUT CONTINUER À TRAVAILLER1 PAS CONTINUER À TRAVAILLER.....2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND.....8	
817B	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants âgés de 12 à 14 ans concernant l'utilisation du condom pour éviter de contracter le SIDA?	OUI1 NON.....2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND.....8	
817C	Avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le virus du SIDA?	OUI1 NON.....2	→ 817FX
817D	Voudriez-vous effectuer un test pour le virus du SIDA?	OUI1 NON.....2 NE SAIT PAS /PAS SÛRE8	
817E	Connaissez-vous un endroit où vous pourriez effectuer un test pour le SIDA?	OUI1 NON.....2	→ 818
817F	Où pouvez-vous aller pour ce test?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENTALA CENTRE DE SANTÉ GOUV.B CLINIQUE PLANNING FAMILIAL C CLINIQUE MOBILE D AGENT DE TERRAINE AUTRE PUBLICF (PRÉCISER)	
817F X	Où êtes vous allée pour ce test? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT) ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ G PHARMACIE H MÉDECIN PRIVÉI CLINIQUE MOBILE J AGENT DE TERRAINK AUTRE PRIVÉ MEDICAL L (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE M ÉGLISE..... N PARENTS/AMIS..... O AUTRE X (PRÉCISER)	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
818	(Mis à part le SIDA), avez-vous entendu parler d'(autres) infections qui peuvent être transmises par contact sexuel?	OUI1 NON2	→ 901
819	Chez un homme, quels sont les signes ou symptômes qui vous feront penser qu'il a une telle infection? Aucun autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	DOULEURS ABDOMINALES A ÉCOULEMENT/PERTE GÉNITALE/ B ÉCOULEMENT MALODORANT C BRÛLURES URINAIRES D ROUGEURS/INFLAMMATION DE LA ZONE GÉNITALE E GONFLEMENT DE LA ZONE GÉNITALE F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL G VERRUE GÉNITALE H SANG DANS LES URINES I PERTE DE POIDS J IMPUISSANCE K PAS DE SYMPTÔMES L AUTRE _____ W (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	
820	Chez une femme, quels sont les signes et symptômes qui vous feront penser qu'elle a une telle infection? Aucun autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	DOULEURS ABDOMINALES A ÉCOULEMENT/PERTES VAGINALES B PERTES MALODORANTES C BRÛLURES URINAIRES D ROUGEURS/INFLAMMATION DE LA ZONE GÉNITALE E GONFLEMENT DE LA ZONE GÉNITALE F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL G VERRUE GÉNITALE H SANG DANS LES URINES I PERTE DE POIDS J INCAPACITÉ DE DONNER NAISSANCE K PAS DE SYMPTÔMES L AUTRE _____ W (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	
820A	VÉRIFIER 514: A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A PAS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>		→ 901
820B	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois. Au cours des 12 derniers mois, avez vous eu une maladie sexuellement transmissible?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	
820C	Parfois, les femmes peuvent avoir des pertes vaginales. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	
820D	Parfois, les femmes peuvent avoir une plaie ou un ulcère génital? Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	
820E	VÉRIFIEZ 820B, 820C, 820D: A EU UNE INFECTION <input type="checkbox"/> N'A PAS EU D'INFECTION <input type="checkbox"/>		→ 901
820F	La dernière fois que vous avez eu (INFECTION DE 820B, 820C, 820D), avez-vous recherché un conseil ou un traitement?	OUI1 NON2	→ 820H

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
820G	La dernière fois que vous avez eu (INFECTION DE 820B, 820C, 820D) avez-vous fait l'une des choses suivantes? Avez vous.... Recherché conseil auprès de personnel de la santé dans une clinique ou un hôpital? Recherché conseil ou un traitement auprès d'un guérisseur traditionnel? Recherché conseil ou acheté des médicaments dans une boutique ou dans une pharmacie? Recherché conseil auprès d'amis ou de parents?	OUI NON 1 2 1 2 1 2 1 2	
820H	Quand vous avez eu (INFECTION DE 820B, 820C, 820D), en avez vous informé la/ les personne(s) avec qui vous avez des rapports sexuels?	OUI1 NON2 CERTAINES PERSONNES/ PAS TOUTES3	
820I	Quand vous avez eu (INFECTION DE 820B, 820C, 820D) avez vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre(vos) partenaire (s) sexuel(s)?	OUI1 NON2 PARTENAIRE DÉJÀ INFECTÉ3	1 → 901
820J	Qu'avez vous fait pour éviter d'infecter votre (vos) partenaire(s)? Avez vous.... Arrêté les rapports sexuels? Utilisé un condom pendant les rapports sexuels? Pris des médicaments?	OUI NON 1 2 1 2 1 2	

SECTION 9. MORTALITÉ MATERNELLE

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES						ALLER À
901	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos frères et soeurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère naturelle, y compris ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés. À combien d'enfants votre propre mère a-t-elle donné naissance, y compris vous-même?	NOMBRE DE NAISSANCES DE LA MÈRE NATURELLE <input type="text"/>						
902	VÉRIFIER 901: DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/> UNE NAISSANCE SEULEMENT (ENQUÊTÉE SEULE) <input type="checkbox"/>							→ 914
903	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES <input type="text"/>						
904	Quel nom a été donné à votre frère ou soeur le plus âgé (ou suivant)?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	
905	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	MASCULIN ...1 FÉMININ2	MASCULIN... 1 FÉMININ..... 2	MASCULIN ...1 FÉMININ2	MASCULIN... 1 FÉMININ 2	MASCULIN... 1 FÉMININ..... 2	MASCULIN . 1 FÉMININ 2	
906	Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI.....1 NON2 ↳ ALLER 908 NSP.....8 ↳ ALLER À[2]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À[3]	OUI1 NON2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À[4]	OUI..... 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À[5]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À[6]	OUI..... 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP..... 8 ↳ ALLER À[7]	
907	Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> ALLER À [7]	
908	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"/>	
909	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [2]	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [3]	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [4]	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [5]	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [6]	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [7]	
910	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée?	OUI.....1 ALLER 913← NON2	OUI 1 ALLER 913← NON 2	OUI1 ALLER 913← NON2	OUI..... 1 ALLER 913← NON 2	OUI 1 ALLER 913← NON 2	OUI..... 1 ALLER 913← NON 2	
911	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement?	OUI.....1 ALLER 913← NON2	OUI 1 ALLER 913← NON 2	OUI1 ALLER 913← NON2	OUI..... 1 ALLER 913← NON 2	OUI 1 ALLER 913← NON 2	OUI..... 1 ALLER 913← NON 2	
912	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI.....1 NON2	OUI 1 NON 2	OUI1 NON2	OUI..... 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI..... 1 NON 2	
913	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie (avant cette grossesse)?	<input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> ALLER À [7]	

SI PLUS DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À 914							
904	Quel nom a été donné à votre frère ou soeur le plus âgé (celui suivant)?	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]	[12]
905	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	MASCULIN ...1 FÉMININ2	MASCULIN... 1 FÉMININ..... 2	MASCULIN ...1 FÉMININ2	MASCULIN... 1 FÉMININ 2	MASCULIN... 1 FÉMININ..... 2	MASCULIN . 1 FÉMININ 2
906	Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI.....1 NON2 ↳ ALLER 908 NSP.....8 ↳ ALLER À [8]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [9]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [10]	OUI..... 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [11]	OUI 1 NON..... 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [12]	OUI..... 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP..... 8 ↳ ALLER À [13]
907	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]
908	Combien y-a-t-il d'années que (NOM) est décédé?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
909	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [8]	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [9]	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [10]	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [11]	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [12]	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [13]
910	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée?	OUI.....1 ALLER 913 ← NON2	OUI 1 ALLER 913 ← NON 2	OUI 1 ALLER 913 ← NON 2	OUI..... 1 ALLER 913 ← NON 2	OUI 1 ALLER 913 ← NON..... 2	OUI..... 1 ALLER 913 ← NON 2
911	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement?	OUI.....1 ALLER 913 ← NON2	OUI 1 ALLER 913 ← NON 2	OUI 1 ALLER 913 ← NON 2	OUI..... 1 ALLER 913 ← NON 2	OUI 1 ALLER 913 ← NON..... 2	OUI..... 1 ALLER 913 ← NON 2
912	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou un accouchement?	OUI.....1 NON2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI..... 1 NON 2	OUI 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON 2
913	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie (avant cette grossesse)?	<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 PLUS DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À 914	
914	ENREGISTRER L'HEURE. HEURES <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/>

INSTRUCTIONS :
UN SEUL CODE DOIT FIGURER PAR CASE.

NAISSANCES ET GROSSESSES

N NAISSANCE
G GROSSESSE
F FIN DE GROSSESSE

	12 DÉC	01	
	11 NOV	02	
	10 OCT	03	
	09 SEP	04	
1	08 AOUT	05	
9	07 JUIL	06	
9	06 JUIN	07	
9	05 MAI	08	
*	04 AVR	09	
	03 MARS	10	
	02 FÉV	11	
	01 JAN	12	
<hr/>			
	12 DÉC	13	
	11 NOV	14	
	10 OCT	15	
	09 SEP	16	
1	08 AOUT	17	
9	07 JUIL	18	
9	06 JUIN	19	
8	05 MAI	20	
*	04 AVR	21	
	03 MARS	22	
	02 FÉV	23	
	01 JAN	24	
<hr/>			
	12 DÉC	25	
	11 NOV	26	
	10 OCT	27	
	09 SEP	28	
1	08 AOUT	29	
9	07 JUIL	30	
9	06 JUIN	31	
7	05 MAI	32	
*	04 AVR	33	
	03 MARS	34	
	02 FÉV	35	
	01 JAN	36	
<hr/>			
	12 DÉC	37	
	11 NOV	38	
	10 OCT	39	
	09 SEP	40	
1	08 AOUT	41	
9	07 JUIL	42	
9	06 JUIN	43	
6	05 MAI	44	
*	04 AVR	45	
	03 MARS	46	
	02 FÉV	47	
	01 JAN	48	
<hr/>			
	12 DÉC	49	
	11 NOV	50	
	10 OCT	51	
	09 SEP	52	
1	08 AOUT	53	
9	07 JUIL	54	
9	06 JUIN	55	
5	05 MAI	56	
*	04 AVR	57	
	03 MARS	58	
	02 FÉV	59	
	01 JAN	60	

FIN DE LA DERNIÈRE GROSSESSE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE
PAR UNE NAISSANCE VIVANTE AVANT JANVIER 1994*

S'IL N'Y A PAS EU DE GROSSESSE PRÉCÉDENTE DE CE GENRE,
ENREGISTRER '00' POUR LE MOIS ET '0000' POUR L'ANNÉE

MOIS.....
ANNÉE.....

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR L'ENQUÊTÉE :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE : _____ DATE: _____

OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE

NOM DE LA CONTRÔLEUSE: _____ DATE: _____