

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATIONS

Bonjour. Mon nom est _____ et je travaille pour le Ministère de la Santé. 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 planifier les 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.

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

Signature de l'enquêtrice : _____ Date : _____

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE DE RÉPONDRE..... 1 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 dans une grande ville, une ville ou en milieu rural ?	DAKAR 1 CAPITALES RÉGIONALES 2 AUTRES VILLES 3 RURAL 4 ÉTRANGER 6	
103	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DE LA VILLE/VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE) ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIRE '00' ANNÉE.	ANNÉES TOUJOURS 95 VISITEUR 96	→ 105
104	Juste avant de vous installer ici, viviez-vous dans une grande ville, une ville, ou dans un village ?	DAKAR 1 CAPITALES RÉGIONALES 2 AUTRES VILLES 3 RURAL 4 ÉTRANGER 6	
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS NSP MOIS 98 ANNÉE..... 1 9 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, secondaire 1er cycle, secondaire 2ème cycle, supérieur ou autre ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 1 2 SECONDAIRE 2 3 SUPÉRIEUR 4 AUTRE 7	

N ^o .	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
120	Etes-vous sénégalaise ?	OUI 1 NON 2	→ 201
121	Quelle est votre ethnie ?	WOLOF 01 POULAR 02 SERER 03 MANDINGUE 04 DIOLA 05 SONINKÉ 06 AUTRE 96 (PRÉCISER)	

211 Maintenant je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en partant de la 1^{ère} 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	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier/ suivant) enfant ? (NOM)	(NOM) est-il/elle une naissance simple ou multiple ?	(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 ?	SI EN VIE : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	SI EN VIE : (NOM) vit-il/elle avec vous ?	SI EN VIE : NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	SI DÉCÉDÉ : 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) ?
01	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"/> ↓ (NAISS. SUIV.)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	
02	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 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI 1 NON 2
03	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 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI 1 NON 2
04	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 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI 1 NON 2
05	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 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI 1 NON 2
06	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 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI 1 NON 2
07	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 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI 1 NON 2

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier/ suivant) enfant ? (NOM)	(NOM) est-il/elle une naissance simple ou multiple ?	(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 ?	SI EN VIE : NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	SI DÉCÉDÉ : 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) ?
08	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
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	NON	1 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 : POUR CHAQUE NAISSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE. <input type="checkbox"/></p> <p>POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ. <input type="checkbox"/></p> <p>POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ : L'ÂGE AU DÉCÈS EST ENREGISTRÉ. <input type="checkbox"/></p> <p>POUR L'ÂGE AU DÉCÈS 12 MOIS OU 1 AN : INSISTER POUR DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS. <input type="checkbox"/></p>								
224	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2000 OU PLUS TARD. SI AUCUNE, ENREGISTRER '0'. <input type="checkbox"/>								

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
225	POUR CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2000, 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'.		
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'enfan</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	→ 237
230	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
231	VÉRIFIER 230 : DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN JAN. 2000 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> DERNIÈRE GROSS. TERMINÉE AVANT JAN. 2000 <input type="checkbox"/>		→ 237
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	→ 237
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 2000. INSCRIRE 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ CHAQUE GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.		
235	Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant Janvier 2000 qui ne s'est pas terminée par une naissance vivante ?	OUI 1 NON 2	→ 237
236	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2000 ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
237	Quand vos dernières règles ont-elles commencé ? <hr/> (INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNÉE)	IL Y A ... JOURS 1 <table border="1" data-bbox="1203 142 1297 197"><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A ... SEMAINES ... 2 <table border="1" data-bbox="1203 197 1297 252"><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A ... MOIS 3 <table border="1" data-bbox="1203 252 1297 306"><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A ... ANNÉES 4 <table border="1" data-bbox="1203 306 1297 361"><tr><td></td><td></td></tr></table> EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE 994 AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995 JAMAIS EU DE RÈGLES 996									
238	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 NSP 8	<table border="1" data-bbox="1317 590 1435 642"><tr><td></td><td></td></tr></table> → 301								
239	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 LA FIN DES RÈGLES 3 AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES ... 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 SPONTANÉE. PUIS CONTINUER À 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.	OUI 1 NON 2 ↘	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants ? OUI 1 NON 2
02	STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI 1 NON 2 ↘	Avez-vous eu un partenaire qui avait eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants ? OUI 1 NON 2
03	PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
04	DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin, la sage-femme ou l'infirmier/ière leur place à l'intérieur.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
05	INJECTIONS Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
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.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
07	CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis pendant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
08	CONDOM FÉMININ Les femmes peuvent se placer un étui dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
09	DIAPHRAGME Les femmes peuvent se placer un diaphragme dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
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.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
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.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
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.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
13	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
14	PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre des pilules les jours après les rapports sexuels, jusqu'au troisième jour après, pour éviter de tomber enceinte.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
15	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI 1 _____ (PRÉCISER) _____ (PRÉCISER) NON 2	OUI 1 NON 2 OUI 1 NON 2
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 A
304	Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte ?	OUI 1 NON 2	→ 329
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"/> <input type="text"/>	
308	VÉRIFIER 302 : 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"/>		→ 329
310	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte ?	OUI 1 NON 2	→ 329
311	Quelle méthode utilisez-vous ? SI PLUS D'UNE MÉTHODE MENTIONNÉE, SUIVRE LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE CORRESPONDANT À LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	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 PÉRIODIQU L RETRAIT M AUTRE X (PRÉCISER)	→ 313 → 316A
311A	ENCERCLER 'A' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE.		
312	Pourquoi utilisez-vous la pilule plutôt qu'une autre méthode ?	GRATUITE 01 COÛT/MOINS CHER 02 PLUS DISPONIBLE 03 M'A ÉTÉ PRESCRIT 04 PLUS EFFICACE 05 PAS EFFETS SECONDAIRES 06 ÇA ME CONVIENT 07 SEULE METHODE CONNU 08 MÉTHODE RÉVERSIBLE 09 M'A ÉTÉ CONSEILLÉE 10 AUTRE 96 (PRÉCISER)	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
312A	<p>Puis-je voir la boîte de pilules que vous utilisez en ce moment ?</p> <p>SI LE PAQUET EST MONTRÉ, ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT.</p>	PLANYL 01 PLANOR 02 OVRETTE 03 LO FEMENAL 04 MINIDRIL 05 MINIPHASE 06 STEDIRIL 07 MICROVA 08 ADEPAL 09 MICROGYNON 10 NÉOGYNON 11 DIANE 35 12 TRINORDIOL 13 SECURIL 14 AUTRE 96 (PRÉCISER) BOITE NON VUE 98	312C
312B	<p>Quel est le nom de la marque des pilules que vous utilisez en ce moment ?</p>	PLANYL 01 PLANOR 02 OVRETTE 03 LO FEMENAL 04 MINIDRIL 05 MINIPHASE 06 STEDIRIL 07 MICROVA 08 ADEPAL 09 MICROGYNON 10 NÉOGYNON 11 DIANE 35 12 TRINORDIOL 13 SECURIL 14 AUTRE 96 (PRÉCISER) NSP 98	
312C	<p>Combien vous coûte une boîte (cycle) des pilules ?</p>	COÛT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT 9996 NSP 9998	316A
313	<p>Où a eu lieu la stérilisation ?</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>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. 12 CENTRE DE PF 13 STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILI... 14 AUTRE PUBLIC 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET ... 21 MÉDECIN PRIVÉ 22 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL 26 (PRÉCISER) AUTRE 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
314	<p>VÉRIFIER 311 :</p> <p>CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' NON ENCERCLÉ <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 ?</p> <p>Avant la stérilisation, a-t-on dit à votre mari/partenaire qu'à cause de l'opération il ne pourrait pas avoir d'(autres) enfants ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>	
316	<p>En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?</p>	<p>MOIS <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/></p>	
316A	<p>Depuis quand, avez-vous commencé à utiliser (^{1^{ère}} MÉTHODE DE Q.311) de façon continue ?</p> <p>INSISTER : En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à utiliser (1^{ère} MÉTHODE DE Q.311) de façon continue ?</p>	<p>MOIS <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/></p>	
316B	<p>VÉRIFIER 316/316A, 215 ET 230 :</p> <p>IL Y A EU À <u>215</u> UNE NAISSANCE OU À <u>230</u> UNE GROSSESSE TERMINÉE PAR UNE FAUSSE-COUCHE, UN AVORTEMENT OU UN MORT-NÉ APRÈS LE <u>MOIS ET L'ANNÉE</u> DU DÉBUT DE L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À <u>316/316A</u></p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>SI OUI : RETOURNER À 316/316A POUR CORRIGER, INSISTER POUR ENREGISTRER LE MOIS ET L'ANNÉE AU DÉBUT DE L'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE (<u>DATE DOIT ÊTRE APRÈS CELLE DE LA DERNIÈRE NAISSANCE OU DERNIÈRE GROSSESSE</u>).</p>		
317	<p>VÉRIFIER 316/316A :</p> <p>L'ANNÉE EST 2000 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/></p> <p>L'ANNÉE EST 1999 OU AVANT <input type="checkbox"/></p>		→ 327
319	<p>VÉRIFIER 311/311A :</p> <p>ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE :</p> <p>SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 311/311A, ENCERCLER LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCERCLÉES À 311/311A.</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 MÉTHODE 96</p>	<p>→ 322</p> <p>→ 331</p> <p>→ 320A</p> <p>→ 331</p> <p>→ 331</p> <p>→ 331</p>

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
320	Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) quand vous avez commencé à l'utiliser ?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV. 11 CENTRE SANTÉ GOUV. 12 POSTE SANTÉ 13 CENTRE DE PF GOUV. 14 MATERNITÉ RURALE 15 CASE DE SANTÉ 16 PHARMACIE COMMUNAUTAIRE... 17 STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . 18 AGENT SANTÉ AUTRE PUBLIC 19 _____ (PRÉCISER)	
320A	Où avez-vous appris à utiliser la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) ? 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. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET 21 PRIVÉ 22 PHARMACIE 23 MÉDECIN PRIVÉ 24 DISPENSAIRE RELIG 25 AGENT SANTÉ 26 AUTRE MEDICAL PRIVÉ 27 _____ (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE 31 ÉGLISE 32 PARENTS/AMIS 33 BAR 34 AUTRE 96 _____ (PRÉCISER)	
321	VÉRIFIER 311/311A : ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE : SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 311/311A, ENCERCLER LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCERCLÉES À 311/311A.	PILULE 03 DIU 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS 06 CONDOM. 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 MOUSSE/GELÉE 10 MAMA 11	→ 328 → 325 → 325 → 325 → 325
322	Vous avez obtenu votre (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 320). 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 ?	OUI 1 NON 2	→ 324
323	Avez-vous jamais été informée par le personnel de la santé ou un agent de la planification familiale d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI 1 NON 2	→ 325
324	Vous a-t-on dit ce que vous deviez faire si vous ressentiez des effets secondaires ou si vous aviez des problèmes ?	OUI 1 NON 2	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
325	<p>VÉRIFIER 322 :</p> <p>CODE '1' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>CODE '1' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>Au début, vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 320).</p> <p>À ce moment-là, vous-a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?</p> <p>À ce moment-là, vous-a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 327
326	<p>Vous a-t-il jamais été dit par le personnel de la santé ou un agent de la planification familiale qu'il existait d'autres méthodes de contraception que vous pouviez utiliser ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
327	<p>VÉRIFIER 311/311A :</p> <p>ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE :</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 PÉRIODIQU 12</p> <p>RETRAIT 13</p> <p>AUTRE MÉTHODE 96</p>	<p>→ 331</p> <p>→ 331</p> <p>→ 331</p> <p>→ 331</p> <p>→ 331</p> <p>→ 331</p> <p>→ 331</p>
328	<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>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV. 11</p> <p>CENTRE SANTÉ GOUV. 12</p> <p>POSTE SANTÉ 13</p> <p>CENTRE DE PF GOUV. 14</p> <p>MATERNITÉ RURALE 15</p> <p>CASE DE SANTÉ 16</p> <p>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE . . 17</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . 18</p> <p>AGENT SANTÉ 19</p> <p>AUTRE PUBLIC</p> <p>_____ 19</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET 21</p> <p>PRIVÉ 22</p> <p>PHARMACIE 23</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ 24</p> <p>DISPENSAIRE RELIG 25</p> <p>AGENT SANTÉ 26</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 27</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE 31</p> <p>ÉGLISE 32</p> <p>PARENTS/AMIS 33</p> <p>BAR 34</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p>→ 331</p>

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
329	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?	OUI 1 NON 2	→ 331
330	<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> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p> <p>Aucun autre endroit ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV. A CENTRE SANTÉ GOUV. B POSTE SANTÉ C CENTRE DE PF GOUV. D MATERNITÉ RURALE E CASE DE SANTÉ F PHARMACIE COMMUNAUTAIRE... G STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . H AGENT SANTÉ AUTRE PUBLIC I</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET J PRIVÉ K PHARMACIE L MÉDECIN PRIVÉ M DISPENSARE RELIG N AGENT SANTÉ O</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ P</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE Q ÉGLISE R PARENTS/AMIS S BAR T</p> <p>AUTRE X</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
331	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu la visite d'un agent de terrain qui vous a parlé de planification familiale ?	OUI 1 NON 2	
332	Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un centre de santé pour recevoir des soins pour vous (ou pour vos enfants) ?	OUI 1 NON 2	→ 401
333	Est-ce qu'un membre du personnel du centre de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale à une des ces occasions ?	OUI 1 NON 2	

SECTION 4A. GROSSESSE, SOINS POSTNATALS ET ALLAITEMENT

401	VÉRIFIER 224 : UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES EN 2000 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>	PAS DE NAISSANCE EN 2000 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> → 487		
402	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE EN 2000 OU PLUS TARD. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISER LES DEUX DERNIÈRES COLONNES 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	NUMÉRO DE LIGNE DE Q 212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISS NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
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"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/>
405	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à <u>ce moment-là</u> , vouliez-vous <u>attendre</u> plus tard, ou vouliez-vous <u>ne plus avoir</u> d'enfant du tout ?	À CE MOMENT 1 (PASSER À 407) ← <input type="checkbox"/> PLUS TARD 2 NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 407) ← <input type="checkbox"/>	À CE MOMENT 1 (PASSER À 423) ← <input type="checkbox"/> PLUS TARD 2 NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 423) ← <input type="checkbox"/>	À CE MOMENT 1 (PASSER À 423) ← <input type="checkbox"/> PLUS TARD 2 NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 423) ← <input type="checkbox"/>
406	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre ?	MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES . 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES . 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES . 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998
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.	PROFS DE LA SANTÉ MÉDECIN A SAGE-FEMME B INFIRMIÈRE/ICP . C AUTRE PERSONNE MATRONNE D ACCOUCHEUSE TRAD. E PARENT/AMIE F AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y (PASSER À 415) ← <input type="checkbox"/>		
408	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98		
409	Combien de fois avez-vous été en consultation durant cette grossesse ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98		
410	VÉRIFIER 409 : NOMBRE DE CONSULTATIONS PRÉNATALES REÇUES	UNE FOIS <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE FOIS OU NSP (PASSER À 412) <input type="checkbox"/>		

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
411	De combien de mois étiez-vous enceinte la dernière fois que vous avez reçu des soins prénatals ?	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 ?	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 complication 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 417) ← NE SAIT PAS 8		
416	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection ?	NBRE DE FOIS ... <input type="text"/> NE SAIT PAS 8		
417	Durant cette grossesse, vous-a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer, des ampoules ou du sirop contenant du fer ? MONTRER COMPRIMÉS/ AMPOULES/SIROP.	OUI 1 NON 2 (PASSER À 419) ← NE SAIT PAS 8		
418	Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris du fer en comprimés en ampoules ou en sirop ? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	NO. DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998		
419	Durant cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour voir à la lumière du jour ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
420	Durant cette grossesse, avez-vous souffert de cécité crépusculaire [UTILISER NOM LOCAL] ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
421	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 423) ← NE SAIT PAS 8		
422	Quel était ce médicament ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT ÊTRE DÉTERMINÉ, MONTRER DES ANTIPALUDÉENS TYPIQUES À L'ENQUÊTÉE.	FANSIDAR A CHLOROQUINE B MÉDICAMENT INCONNU Z AUTRE _____ X (PRÉCISER)		
422A	VÉRIFIER 422 : TYPE DE MÉDICAMENT PRIS PENDANT LA GROSSESSE POUR ÉVITER LE PALUDISME.	CODE "A" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE "A" NON- ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 423)	
422B	Combien de fois avez-vous pris le médicament FANSIDAR pendant cette grossesse ?	NBRE DE FOIS ... <input type="text"/>		
422C	VERIFIER 407 : SOINS PRÉNATALS PENDANT CETTE GROSSESSE	CODE "A," "B" OU "C" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	AUTRE CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 423)	
422D	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous obtenu le médicament FANSIDAR au cours d'une visite prénatale, au cours d'une autre visite dans une formation sanitaire, ou auprès d'une autre source ?	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE VISITE MÉDICALE 2 AUTRE SOURCE _____ 6 (PRÉCISER)		
423	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	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8
424	(NOM) a-t-il/elle été pesé(e) à la naissance ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 425A) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 425A) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 425A) ← NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
425	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	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
425A	La naissance de (NOM) a t-elle été déclarée ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
426	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. SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE PERSONNE NE L'A ASSISTÉE, INSISTER : Si une personne adulte était présente à l'accouchement.	PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN A SAGE-FEMME B INFIRMIÈRE/ICP ... C AUTRE PERSONNE MATRONNE D ACCOUCHEUSE TRAD. E PARENTE/AMIE ... F AUTRE X (PRÉCISER) PERSONNE Y	PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN A SAGE-FEMME B INFIRMIÈRE/ICP ... C AUTRE PERSONNE MATRONNE D ACCOUCHEUSE TRAD. E PARENTE/AMIE ... F AUTRE X (PRÉCISER) PERSONNE Y	PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN A SAGE-FEMME B INFIRMIÈRE/ICP ... C AUTRE PERSONNE MATRONNE D ACCOUCHEUSE TRAD. E PARENTE/AMIE ... F AUTRE X (PRÉCISER) PERSONNE Y
427	Où avez-vous accouché de (NOM) ? 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)	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 429) ← AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 21 CENTRE DE SANTÉ/ MATERNITÉ 22 POSTE DE SANTÉ .. 23 AUTRE PUBLIC 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL 36 (PRÉCISER) AUTRE 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429) ←	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 429) ← AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 21 CENTRE DE SANTÉ/ MATERNITÉ 22 POSTE DE SANTÉ .. 23 AUTRE PUBLIC 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL 36 (PRÉCISER) AUTRE 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429) ←	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 429) ← AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 21 CENTRE DE SANTÉ/ MATERNITÉ 22 POSTE DE SANTÉ .. 23 AUTRE PUBLIC 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL 36 (PRÉCISER) AUTRE 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429) ←
428	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne ?	OUI 1 (PASSER À 433) ← NON 2	OUI 1 (PASSER À 435) ← NON 2	OUI 1 (PASSER À 435) ← NON 2

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____				
429	Après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une accoucheuse traditionnelle vous a examinée ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 433) ←	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2				
430	Après combien de jours ou de semaines après l'accouchement avez-vous eu votre premier examen de santé ? ENREGISTRER "00" JOURS SI MÊME JOUR.	JOURS APRÈS ACC. 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 APRÈS ACC. 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> NE SAIT PAS 998						
431	Qui vous a examinée à ce moment-là ? INSISTER POUR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROFS DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 SAGE-FEMME 12 INFIRMIÈRE/ICP 13 AUTRE PERSONNE MATRONNE 21 ACCOUCHEUSE TRAD. 22 PARENT/AMIE 23 AUTRE 96 (PRÉCISER)						
432	Où a eu lieu ce premier examen de santé ? 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)	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 21 CENTRE DE SANTÉ/ MATERNITÉ 22 POSTE DE SANTÉ .. 23 STR.AV./EQ.MOBI .. 24 AUTRE PUBLIC 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL 36 (PRÉCISER) AUTRE 96 (PRÉCISER)						
433	Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme celle-ci ? MONTRER LA CAPSULE/ L'AMPOULE/GÉLULES.	OUI 1 NON 2						
434	Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM) ?	OUI 1 (PASSER À 436) ← NON 2 (PASSER À 437) ←						

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
435	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ?		OUI 1 NON 2 (PASSER À 439) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 439) ←
436	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	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
437	VÉRIFIER 226 : ENQUÊTÉE ENCEINTE ?	NON <input type="checkbox"/> ENCEINTE EN- OU PAS <input type="checkbox"/> CEINTE SÛRE (PASSER À 439) ←		
438	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 440) ←		
439	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
440	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 447) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 447) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 447) ←
441	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ? SI MOINS D'UNE 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"/>	IMMÉDIATEMENT . 000 HEURES . 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
442	Dans les 3 jours qui ont suivi la naissance et avant que vos seins commencent à produire du lait régulièrement, est-ce que (NOM) a bu quelque chose autre que le lait maternel ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 444) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 444) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 444) ←

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
443	Qu'est-ce qui avait été donné à boire à (NOM) avant que vos seins commencent à produire du lait régulièrement ? Quelque chose d'autre ? NOTER TOUS LES LIQUIDES MENTIONNES.	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) .. A EAU BÉNITE B EAU C EAU SUCRÉE OU EAU GLUCOSÉE D INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES .. E SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE F JUS DE FRUIT G PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ H THÉ/INFUSIONS I MIEL J AUTRE _____ X (PRÉCISER)	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) .. A EAU BÉNITE B EAU C EAU SUCRÉE OU EAU GLUCOSÉE D INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES .. E SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE F JUS DE FRUIT G PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ H THÉ/INFUSIONS I MIEL J AUTRE _____ X (PRÉCISER)	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) .. A EAU BÉNITE B EAU C EAU SUCRÉE OU EAU GLUCOSÉE D INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES .. E SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE F JUS DE FRUIT G PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ H THÉ/INFUSIONS I MIEL J AUTRE _____ X (PRÉCISER)
444	VÉRIFIER 404 : ENFANT VIVANT ?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 446) ←	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 446) ←	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 446) ←
445	Allaitez-vous encore (NOM) ?	OUI 1 (PASSER À 448) ← NON 2	OUI 1 (PASSER À 448) ← NON 2	OUI 1 (PASSER À 448) ← NON 2
446	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	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
447	VÉRIFIER 404 : ENFANT VIVANT ?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNER À 405, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454) (PASSER À 450)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNER À 405, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454) (PASSER À 450)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNER À 405, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454) (PASSER À 450)
448	Combien de fois avez-vous allaité (NOM) 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"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT <input type="text"/> <input type="text"/>
449	Hier, combien de fois avez-vous allaité (NOM) pendant les heures de 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"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>
450	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	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
451	Est-ce que du sucre a été ajouté à n'importe quel aliment ou liquide donné à (NOM), hier ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
452	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'.	NOMBRE DE <input type="text"/> FOIS NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE <input type="text"/> FOIS NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE <input type="text"/> FOIS NE SAIT PAS 8
453		RETOURNER À 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE ; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454.	RETOURNER À 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE ; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454.	RETOURNER À 405 DANS AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS AUCUNE NAISS- ANCE, ALLER À 454.

SECTION 4B. VACCINATION, SANTÉ, ET NUTRITION

454	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2000 OU PLUS TARD. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISER LES DEUX DERNIÈRES COLONNES DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).											
455	NUMÉRO DE LIGNE DE Q.212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>								
456	SELON Q.212 ET Q.216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLER À 456, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 484)	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLER À 456, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 484)	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLER À 456, AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 484)								
457	Est-ce que (NOM) a reçu une dose de vitamine A, comme cela, au cours des 6 derniers mois ? MONTRER LA CAPSULE/ L'AMPOULE/GÉLULE.	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8								
458	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 460) ← OUI, PAS VU 2 (PASSER À 462) ← PAS DE CARTE 3	OUI, VU 1 (PASSER À 460) ← OUI, PAS VU 2 (PASSER À 462) ← PAS DE CARTE 3	OUI, VU 1 (PASSER À 460) ← OUI, PAS VU 2 (PASSER À 462) ← PAS DE CARTE 3								
459	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ?	OUI 1 (PASSER À 462) ← NON 2	OUI 1 (PASSER À 462) ← NON 2	OUI 1 (PASSER À 462) ← NON 2								
460	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN, À PARTIR DE LA CARTE. (2) NOTER '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LA CARTE INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE.											
		JOUR MOIS ANNÉE	JOUR MOIS ANNÉE	JOUR MOIS ANNÉE								
	BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	POLIO 0 (à la naissance)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	POLIO 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	POLIO 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	POLIO 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DTcoq 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DTcoq 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DTcoq 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ROUGEOLE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ROU	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ROU	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	F. JAUNE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	F.J.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	F.J.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	VITAMINE A (la plus récente)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VIT A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VIT A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
461	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccins qui ne sont pas inscrits sur ce carnet, y compris les vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE BCG, POLIO 0-3, DTCoq 1-3, ROUGEOLE ET/OU FIÈVRE JAUNE.	OUI 1 (INSISTER SUR ← LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 460) → (PASSER À 464) ←	OUI 1 (INSISTER SUR ← LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 460) → (PASSER À 464) ←	OUI 1 (INSISTER SUR ← LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 460) → (PASSER À 464) ←
		NON 2 (PASSER À 464) ←	NON 2 (PASSER À 464) ←	NON 2 (PASSER À 464) ←
		NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8
462	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccins pour lui éviter de contracter des maladies, y compris les vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ?	OUI 1	OUI 1	OUI 1
		NON 2 (PASSER À 466) ←	NON 2 (PASSER À 466) ←	NON 2 (PASSER À 466) ←
		NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8
463	Dites-moi, s'il vous plaît, si (NOM) a reçu l'un des vaccins suivants			
463A	Le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse généralement une cicatrice ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
463B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463E) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463E) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463E) ← NE SAIT PAS 8
463C	Quand le premier vaccin contre la polio a-t-il été donné, juste après la naissance ou plus tard ?	JUSTE APRÈS LA NAISS. 1 PLUS TARD 2	JUSTE APRÈS LA NAISS. 1 PLUS TARD 2	JUSTE APRÈS LA NAISS. 1 PLUS TARD 2
463D	Combien de fois le vaccin de la polio a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
463E	Le vaccin du DTCoq, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse ou à la fesse donnée quelquefois en même temps que les gouttes contre la polio ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463G) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463G) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463G) ← NE SAIT PAS 8
463F	Combien de fois ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
463G	Une injection contre la rougeole ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
463H	Une injection contre la fièvre jaune ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
464	Est-ce que (NOM) a reçu certains de ces vaccins pendant ces deux dernières années au cours d'une journée nationale de vaccination ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 466) ← PAS DE VACCIN. DANS 2 DERN. ANNÉES 3 (PASSER À 466) ← NE SAIT PAS 8 (PASSER À 466) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 466) ← PAS DE VACCIN. DANS 2 DERN. ANNÉES 3 (PASSER À 466) ← NE SAIT PAS 8 (PASSER À 466) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 466) ← PAS DE VACCIN. DANS 2 DERN. ANNÉES 3 (PASSER À 466) ← NE SAIT PAS 8 (PASSER À 466) ←

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
472	VÉRIFIER 466 : A EU DE LA FIÈVRE ?	"OUI" À "NON"/"NSP" 466 À 466 (PASSER À 475)	"OUI" À "NON"/"NSP" 466 À 466 (PASSER À 475)	"OUI" À "NON"/"NSP" 466 À 466 (PASSER À 475)
472A	Est-ce que (NOM) a la fièvre maintenant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
472B	Est-ce que (NOM) a eu des convulsions, à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
472C	VÉRIFIER 466 ET 472B : FIÈVRE OU CONVULSIONS ?	"OUI" À 466 OU 472B AUTRE (PASSER À 475)	"OUI" À 466 OU 472B AUTRE (PASSER À 475)	"OUI" À 466 OU 472B AUTRE (PASSER À 475)
473	Est-ce-que (NOM) a pris des médicaments contre la fièvre ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 474R) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 474R) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 474R) ← NE SAIT PAS 8
474	Quel(s) médicament(s) (NOM) a-t-il pris ? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. DEMANDER À VOIR LE MÉDICAMENT SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS CONNU. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT ÊTRE DÉTERMINÉ, MONTRER DES ANTIPALUDÉENS TYPIQUES À L'ENQUÊTÉE	ANTIPALUDÉEN FANSIDAR A CHLOROQUINE ... B AMODIAQUINE ... C QUININE D AUTRE ASPIRINE E PANADOL F IBUPROFEN/ ACETAMINOPHEN G AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDÉEN FANSIDAR A CHLOROQUINE ... B AMODIAQUINE ... C QUININE D AUTRE ASPIRINE E PANADOL F IBUPROFEN/ ACETAMINOPHEN G AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDÉEN FANSIDAR A CHLOROQUINE ... B AMODIAQUINE ... C QUININE D AUTRE ASPIRINE E PANADOL F IBUPROFEN/ ACETAMINOPHEN G AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z
474A	Est-ce que (NOM) a eu une injection ou un suppositoire pour traiter (la fièvre/les convulsions) ?	INJECTION A SUPPOSITOIRE ... B AUCUN Y NE SAIT PAS Z	INJECTION A SUPPOSITOIRE ... B AUCUN Y NE SAIT PAS Z	INJECTION A SUPPOSITOIRE ... B AUCUN Y NE SAIT PAS Z
474B	VÉRIFIER 474 : TYPE DE MÉDICAMENT ?	CODE "A" ENCERCLÉ CODE "A" PAS ENCERCLÉ (PASSER À 474F)	CODE "A" ENCERCLÉ CODE "A" PAS ENCERCLÉ (PASSER À 474F)	CODE "A" ENCERCLÉ CODE "A" PAS ENCERCLÉ (PASSER À 474F)
474C	Combien de temps après le début de (la fièvre/les convulsions), (NOM) a-t-il commencé à prendre le Fansidar ?	MEME JOUR 0 LE JOUR SUIVANT ... 1 DEUX JOURS APRES . 2 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 3 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR 0 LE JOUR SUIVANT ... 1 DEUX JOURS APRES . 2 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 3 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR 0 LE JOUR SUIVANT ... 1 DEUX JOURS APRES . 2 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 3 NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
474D	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris le Fansidar ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	PRISE UNIQUE..... 0 JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	PRISE UNIQUE..... 0 JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	PRISE UNIQUE..... 0 JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8
474E	Aviez-vous le Fansidar à la maison, ou l'avez-vous obtenu auprès d'une autre source ? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu le Fansidar la première fois ?	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE... 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE... 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE... 2 NE SAIT PAS 8
474F	VÉRIFIER 474 : TYPE DE MÉDICAMENT ?	CODE "B" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE "B" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474J)	CODE "B" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE "B" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474J)	CODE "B" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE "B" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474J)
474G	Combien de temps après le début de la fièvre/des convulsions, (NOM) a-t-il commencé à prendre la chloroquine ?	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRES . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRES . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRES . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 4 NE SAIT PAS 8
474H	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris la chloroquine ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS <input type="checkbox"/> NSP 8	JOURS <input type="checkbox"/> NSP 8	JOURS <input type="checkbox"/> NSP 8
474I	Aviez-vous la chloroquine à la maison, ou l'avez-vous obtenu auprès d'une autre source ? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu la chloroquine la première fois ?	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8
474J	VÉRIFIER 474 : TYPE DE MÉDICAMENT ?	CODE "C" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE "C" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474N)	CODE "C" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE "C" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474N)	CODE "C" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE "C" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474N)
474K	Combien de temps après le début de la fièvre/des convulsions, (NOM) a-t-il commencé à prendre l'Amodiaquine ?	MÊME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRÈS . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE . 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRÈS . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE . 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRÈS . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE . 4 NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
474L	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris l'Amodiaquine ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS <input type="checkbox"/> NSP 8	JOURS <input type="checkbox"/> NSP 8	JOURS <input type="checkbox"/> NSP 8
474M	Aviez-vous l'Amodiaquine à la maison, ou l'avez-vous obtenu auprès d'une autre source ? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu l'Amodiaquine la première fois ?	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8
474N	VÉRIFIER 474 : TYPE DE MÉDICAMENT ?	CODE "D" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE "D" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474R)	CODE "D" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE "D" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474R)	CODE "D" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE "D" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474R)
474O	Combien de temps après le début de la fièvre/des convulsions, (NOM) a-t-il commencé à prendre de la quinine ?	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRES . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRES . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRES . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 4 NE SAIT PAS 8
474P	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris de la quinine ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS <input type="checkbox"/> NSP 8	JOURS <input type="checkbox"/> NSP 8	JOURS <input type="checkbox"/> NSP 8
474Q	Aviez-vous de la quinine à la maison, ou l'avez-vous obtenu auprès d'une autre source ? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu de la quinine la première fois ?	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8
474R	Est-ce quelque chose d'autre a été fait pour traiter la fièvre/les convulsions de (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 475) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 475) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 475) ← NE SAIT PAS 8
474S	Qu'est-ce qui a été fait pour la fièvre/les convulsions de (NOM) ?	CONSULTÉ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . A TAMPONNÉ AVEC COMPRESSES HUMIDES B DONNÉ DES PLANTES MÉDICINALES... C AUTRE _____ X (PRÉCISER)	CONSULTÉ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . A TAMPONNÉ AVEC COMPRESSES HUMIDES B DONNÉ DES PLANTES MÉDICINALES... C AUTRE _____ X (PRÉCISER)	CONSULTÉ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . A TAMPONNÉ AVEC COMPRESSES HUMIDES B DONNÉ DES PLANTES MÉDICINALES... C AUTRE _____ X (PRÉCISER)

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISS.	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
475	Est-ce-que (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 483) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 483) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 483) ← NE SAIT PAS 8
476	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide a été offerte à (NOM) durant sa diarrhée. Lui avez-vous offert à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous offert 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	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8
477	Quand (NOM) a eu la diarrhée, lui avez-vous offert 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 offert 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	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
478	Lui avez-vous donné l'une des choses suivantes à boire ?	OUI NON NSP	OUI NON NSP	OUI NON NSP
a	Un liquide préparé à partir d'un sachet [NOM LOCAL DU SACHET DE SRO] ?	LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8	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	LIQUIDE MAISON 1 2 8
479	Est-ce que quelque chose (d'autre) a été donné pour traiter la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 481) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 481) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 481) ← NE SAIT PAS 8
480	Qu'a-t-on donné (d'autre) pour traiter la diarrhée ? Quelque chose d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION B (IV) INTRAVEINEUSE C REMÈDES MAISON/ PLANTES D AUTRE X (PRÉCISER)	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION B (IV) INTRAVEINEUSE C REMÈDES MAISON/ PLANTES D AUTRE X (PRÉCISER)	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION B (IV) INTRAVEINEUSE C REMÈDES MAISON/ PLANTES D AUTRE X (PRÉCISER)
481	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 483) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 483) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 483) ←

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISS.	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
482	<p>Où avez-vous demandé un conseil ou recherché un traitement ?</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 ENCELER LE(S) CODE(S) APPROPRIÉ(S).</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Quelle part ailleurs ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV. A</p> <p>CENTRE SANTÉ</p> <p>GOUV. B</p> <p>POSTE SANTÉ</p> <p>GOUV. C</p> <p>MATERNITÉ RURAI. D</p> <p>CASE DE SANTÉ ... E</p> <p>PHARM. COMM ... F</p> <p>STR.AV./EQ.MOBI . G</p> <p>AGENT SANTÉ C... H</p> <p>AUTRE PUBLIC</p> <p>_____ I</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET</p> <p>PRIVÉ J</p> <p>PHARMACIE K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ... L</p> <p>DISPENSARE RELI. M</p> <p>AGENT SANTÉ</p> <p>COMMUNAUT . N</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ O</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE..... P</p> <p>GUÉRISSEUR TRADIT Q</p> <p>PARENT/AMI/VOISI . R</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV..... A</p> <p>CENTRE SANTÉ</p> <p>GOUV. B</p> <p>POSTE SANTÉ</p> <p>GOUV. C</p> <p>MATERNITÉ RURAI. D</p> <p>CASE DE SANTÉ ... E</p> <p>PHARM. COMM ... F</p> <p>STR.AV./EQ.MOBI . G</p> <p>AGENT SANTÉ C... H</p> <p>AUTRE PUBLIC</p> <p>_____ I</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET</p> <p>PRIVÉ J</p> <p>PHARMACIE K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ... L</p> <p>DISPENSARE RELI. M</p> <p>AGENT SANTÉ</p> <p>COMMUNAUT . N</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ O</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE..... P</p> <p>GUÉRISSEUR TRADIT Q</p> <p>PARENT/AMI/VOISI . R</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV..... A</p> <p>CENTRE SANTÉ</p> <p>GOUV. B</p> <p>POSTE SANTÉ</p> <p>GOUV. C</p> <p>MATERNITÉ RURAI. D</p> <p>CASE DE SANTÉ ... E</p> <p>PHARM. COMM ... F</p> <p>STR.AV./EQ.MOBI . G</p> <p>AGENT SANTÉ C... H</p> <p>AUTRE PUBLIC</p> <p>_____ I</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET</p> <p>PRIVÉ J</p> <p>PHARMACIE K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ... L</p> <p>DISPENSARE RELI. M</p> <p>AGENT SANTÉ</p> <p>COMMUNAUT . N</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ O</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE..... P</p> <p>GUÉRISSEUR TRADIT Q</p> <p>PARENT/AMI/VOISI . R</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>
483		<p>RETOURNER À 456 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484.</p>	<p>RETOURNER À 456 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484.</p>	<p>RETOURNER À 456 DANS AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484.</p>

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
484	VÉRIFIER 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES : NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2000 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE UN OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/>		→ 487
485	Que faites-vous généralement des excréments de votre (plus jeune) enfant quand il/elle n'utilise pas de toilettes ?	UTILISE TOUJOURS TOILETTES/ LATRINES 01 JETTE DANS TOILETTES/LATRINES 02 JETTE À L'EXTÉRIEUR DU LOGEMENT 03 JETTE EN DEHORS DE LA COUR 04 ENTERRE DANS LA COUR 05 S'EN DÉBARRASSE EN LAVANT AVEC DE L'EAU 06 UTILISE COUCHES JETABLES 07 UTILISE COUCHES LAVABLES 08 NE S'EN DÉBARRASSE PAS 09 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
486	VÉRIFIER 478a 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"/>		→ 488
487	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé [NOM LOCAL DU SACHET DE SRO] que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée ?	OUI 1 NON 2	
488	VÉRIFIER 218 : A UN OU PLUSIEURS ENFANTS VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/> N'A PAS D'ENFANT VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/>		→ 490
489	Quand votre enfant/l'un de vos enfants est sérieusement malade, pouvez-vous, vous-même, décider qu'il soit conduit quelque part pour traitement médical ? SI L'ENQUÊTÉE RÉPOND QU'AUCUN ENFANT N'A JAMAIS ÉTÉ SÉRIEUSEMENT MALADE, DEMANDER : Si votre enfant/l'un de vos enfants tombait sérieusement malade, pourriez-vous, vous-même, décider qu'il soit conduit quelque part pour traitement médical ?	OUI 1 NON 2 CELA DÉPEND 3	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		ALLER À																							
490	<p>Maintenant, je voudrais vous poser des questions concernant des soins médicaux pour vous-même.</p> <p>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, les choses suivantes constituent-elles, pour vous, un gros problème ou pas ?</p> <p>Savoir où aller.</p> <p>Obtenir la permission d'y aller.</p> <p>Obtenir l'argent nécessaire pour le traitement.</p> <p>Ne pas disposer d'un établissement de santé à proximité.</p> <p>Devoir prendre un moyen de transport.</p> <p>Ne pas vouloir s'y rendre seule.</p> <p>Souci qu'il n'y ait peut-être pas de personnel de santé de sexe féminin.</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">UN GROS PROB- LÈME</td> <td style="text-align: center;">PAS UN GROS PROB- LÈME</td> </tr> <tr> <td>OÙ ALLER</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PERMISSION</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ARGENT</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>DISTANCE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TRANSPORT</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ALLER SEULE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PERSON. FEM.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		UN GROS PROB- LÈME	PAS UN GROS PROB- LÈME	OÙ ALLER	1	2	PERMISSION	1	2	ARGENT	1	2	DISTANCE	1	2	TRANSPORT	1	2	ALLER SEULE	1	2	PERSON. FEM.	1	2	
	UN GROS PROB- LÈME	PAS UN GROS PROB- LÈME																									
OÙ ALLER	1	2																									
PERMISSION	1	2																									
ARGENT	1	2																									
DISTANCE	1	2																									
TRANSPORT	1	2																									
ALLER SEULE	1	2																									
PERSON. FEM.	1	2																									
491	<p>VÉRIFIER 215 ET 218 :</p> <p style="text-align: center;">A AU MOINS UN ENFANT NÉ EN 2002 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">N'A PAS D'ENFANT NÉ EN 2002 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/></p> <p>ENREGISTRER LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE (ET CONTINUER À 492)</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(NOM)</p>		→ 494																								
492	<p>Maintenant, je voudrais vous demander quelle liquide [NOM À Q. 491] a bu au cours des 7 derniers jours, y compris hier</p> <p>Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM À Q. 491] a-t-il/elle bu un ou des liquides suivants ?</p> <p>POUR CHACUN DES LIQUIDES BUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER :</p> <p>Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM À Q. 491) a-t-il/elle bu :</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>SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.</p>	<p style="text-align: center;">7 DERNIERS JOURS</p> <p style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">HIER/ NUIT DERNIÈRE</p> <p style="text-align: center;">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>																								

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À	
493	<p>Maintenant, je voudrais vous demander quelle nourriture [NOM À Q. 491] a reçu au cours des 7 derniers jours, y compris hier</p> <p>Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM À Q. 491] a-t-il/elle reçu un ou des aliments suivants ?</p> <p>POUR CHACUN DES ALIMENTS REÇUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER :</p> <p>Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM À Q. 491) a-t-il/elle reçu :</p> <p>a Mil, sorgho, maïs, riz, blé, bouillies, autres céréales ?</p> <p>b Citrouille, igname ou courge rouge ou jaune, carottes ou patates douces rouges</p> <p>c Autres aliments à base de tubercules [par ex : pommes de terre, igname blanche, manioc, cassava, ou autre tubercules/racines locales] ?</p> <p>d N'importe quel légume à feuilles vertes ?</p> <p>e Mangue, papaye [ou autres fruits locaux riches en vitamine A]</p> <p>f Tout autre fruit et légume [par ex : banane, pomme, compote de pomme, haricots verts, avocat, tomate] ?</p> <p>g Viande, volaille, poisson, coquillages, ou œufs ?</p> <p>h Autres aliments à base de légumes [par ex : lentilles, haricots, soja légumineuses, ou arachides] ?</p> <p>i Fromage ou yaourts ?</p> <p>j 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>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>	
494	Avez-vous dormi sous une moustiquaire la nuit dernière ?	OUI 1 NON 2		
495	La dernière fois que vous avez préparé le repas pour votre famille, vous êtes-vous lavé les mains avant de commencer ?	OUI 1 NON 2 N'A JAMAIS PRÉPARÉ DE REPAS ... 3		
496	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		
497	VÉRIFIER 496 :	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE 'A' PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> → 499B	
498	Dans les dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumé ?	CIGARETTES <input type="text"/>		

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
499B	<p>Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé au cours des 6 derniers mois.</p> <p>Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu une injection pour n'importe quelle raison?</p> <p>SI OUI : combien d'injections avez-vous eues?</p> <p>SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST SUPÉRIEUR À 94 OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTRER '95'. EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUNE 00</p>	→ 501
499C	<p>Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou un autre agent de santé?</p> <p>SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST SUPÉRIEUR À 94, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS, OU PLUS, ENREGISTRER '95'. EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUNE 00</p>	→ 501
499D	<p>La dernière fois que vous avez eu une injection, où êtes-vous allée pour qu'on vous la fasse?</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ... 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. ... 12</p> <p>POSTE DE SANTÉ 13</p> <p>CASE DE SANTÉ/MATERN.RURAL ... 14</p> <p>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE ... 15</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . 16</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUN 17</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ 18 (PRÉCISER))</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET 21</p> <p>PHARMACIE 22</p> <p>DENTISTE 23</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ 24</p> <p>AGENT DE SANTÉ 25</p> <p>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ 26 (PRÉCISER))</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>À LA MAISON 31</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER))</p>	
499E	<p>La dernière fois que vous avez eu une injection, est-ce que la personne qui a effectué la piqûre a pris la seringue et l'aiguille d'un emballage neuf et qui n'était pas ouvert?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>	

SECTION 5. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
501	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariée?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉ 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME 2 NON, PAS EN UNION 3	→ 504
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	→ 518
503	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE 1 DIVORCÉE 2 SÉPARÉE 3	→ 510
504	Est-ce que votre mari/partenaire vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs?	VIVENT ENSEMBLE 1 VIT AILLEURS 2	
505	ENREGISTRER LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DU MARI/PARTENAIRE INSCRIT DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, ENREGISTRER '00'	NOM _____ NO. DE LIGNE <input type="text"/>	
507	À part vous, est-ce que votre mari/partenaire a d'autres épouses ou vit-il avec d'autres femmes comme s'il était marié?	OUI 1 NON 2 NSP 8	→ 510
508	En vous comptant, avec combien d'épouses ou partenaires votre mari vit-il actuellement?	NOMBRE D'ÉPOUSES <input type="text"/> ET DE PARTENAIRE <input type="text"/> NSP 98	
509	Êtes-vous la première, deuxième,.....épouse?	RANG <input type="text"/>	
510	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une seule fois ou plus d'une fois?	SEULEMENT UNE FOIS 1 PLUS D'UNE FOIS 2	
511	VÉRIFIER 510: MARIÉE/ <input type="checkbox"/> A VÉCU AVEC 1 HOMME SEULEMENT UNE FOIS ↓ En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/partenaire? MARIÉE/ <input type="checkbox"/> A VÉCU AVEC 1 HOMME PLUS D'UNE FOIS ↓ J'aimerais parler du moment où pour la première fois, vous vous êtes mariée ou vous avez commencé à vivre avec un homme comme mariée. En quel mois et quelle année vous êtes-vous mariée ou avez-vous commencé à vivre avec un homme comme mariée pour la première fois	MOIS <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	→ 513
512	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui?	ÂGE <input type="text"/>	
513	VÉRIFIER 503: L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ACTUELLEMENT VEUVE? PAS POSÉE OU <input type="checkbox"/> DIVORCÉE OU SÉPARÉE ↓ VEUVE <input type="checkbox"/>		→ 516

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
514	VÉRIFIER 510: MARIÉE PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/>	MARIÉE UNE FOIS <input type="checkbox"/>	→ 518
515	Comment s'est terminée votre précédent/e mariage/union ?	DÉCÈS/VEUVAGE 1 DIVORCE 2 SÉPARATION 3	→ 518
516	À qui est passée la plus grande partie des biens que possédait votre mari?	ENQUÊTÉE 1 ENFANTS DE L'ENQ. 2 AUTRE ÉPOUSE 3 AUTRES ENF DE L'ÉPOUX 4 FAMILLE DE L'ÉPOUX 5 AUTRE 6 (PRÉCISER) AUCUN BIEN 7	→ 518
517	Avez-vous reçu des biens ou des objets ayant de la valeur de votre dernier mari?	OUI 1 NON 2	
518	VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
519	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains problèmes de la vie familiale. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois des rapports sexuels (si vous en avez déjà eu)?	JAMAIS 00 ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> PREMIÈRE FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIER) MARI/PARTENAIRE 95	→ 521 → 521
520	Avez-vous l'intention d'attendre d'être mariée pour commencer à avoir des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/ PAS SÛRE 8	→ 544
521	VÉRIFIER 106: 15-24 ANS <input type="checkbox"/>	25-49 ANS <input type="checkbox"/>	→ 526
522	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé ?	OUI 1 NON 2 NSP/NE SE SOUVIENT PAS 8	
523	Quel âge avait la personne avec qui vous avez eu vos premiers rapports sexuels?	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	→ 526
524	Cette personne était-elle plus âgée que vous, plus jeune ou bien avait-elle à peu près le même âge que vous?	PLUS ÂGÉ 1 PLUS JEUNE 2 MÊME ÂGE 3 NSP/NE SE SOUVIENT PAS 8	→ 526
525	Diriez-vous que cette personne avait dix ans de plus que vous ou davantage, ou moins de dix ans de plus que vous?	DIX ANS OU PLUS 1 MOINS DE DIX ANS 2 PLUS VIEUX, NSP DE COMBIEN 3	
526	Quand avez-vous eu vos derniers rapports sexuels? S'IL Y A 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE CONVERTIE ET ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	IL Y A DES JOURS 1 IL Y A DES SEMAINES 2 IL Y A DES MOIS 3 IL Y A DES ANNÉES 4	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> → 538

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
527	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde, troisième) personne, un condom a-t-il été utilisé?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 529) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 529) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 529) ←
528	Avez-vous utilisé un condom chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
529	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde, troisième) personne, vous ou cette personne aviez-vous bu de l'alcool?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 531) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 531) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 531) ←
530	Cette personne ou vous-même, étiez-vous ivre à ce moment-là? SI OUI : qui était ivre?	ENQUÊTÉE SEULE .. 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉE ET PARTENAIRE 3 NI L'UN NI L'AUTRE . 4	ENQUÊTÉE SEULE .. 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉE ET PARTENAIRE 3 NI L'UN NI L'AUTRE . 4	ENQUÊTÉE SEULE .. 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉE ET PARTENAIRE 3 NI L'UN NI L'AUTRE . 4
531	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels? SI PETIT AMI: Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariée? SI OUI, ENCERCLER '02' SI NON, ENCERCLER '03'	MARI 01 (PASSER À 537) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE . 02 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ . . . 03 RENCONTRE OCCASIONNELL . . . 04 PROFESSIONNEL DU SEXE 05 AUTRE 96 (PRÉCISER)	MARI 01 (PASSER À 537) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE . 02 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ . . . 03 RENCONTRE OCCASIONNELL . . . 04 PROFESSIONNEL DU SEXE 05 AUTRE 96 (PRÉCISER)	MARI 01 (PASSER À 537) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE . 02 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ . . . 03 RENCONTRE OCCASIONNELL . . . 04 PROFESSIONNEL DU SEXE 05 AUTRE 96 (PRÉCISER)
532	Pendant combien de temps avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne? SI L'ENQUÊTÉE N'A EU DES RAPPORTS SEXUELS QU'UNE SEULE FOIS, ENREGISTRER '01'JOUR	JOURS .. 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES .. 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS .. 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES .. 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS .. 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES .. 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
533	VÉRIFIER 106 ;	15-24 ANS <input type="text"/> 25-49 ANS <input type="text"/> (PASSER À 537) ←	15-24 ANS <input type="text"/> 25-49 ANS <input type="text"/> (PASSER À 537) ←	15-24 ANS <input type="text"/> 25-49 ANS <input type="text"/> (PASSER À 538) ←
534	Quel âge a cette personne?	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 537) ← NSP 98	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 537) ← NSP 98	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 538) ← NSP 98
535	Cette personne est-elle plus âgée que vous, plus jeune que vous ou bien a-t-elle environ le même âge que vous?	PLUS ÂGÉE 1 PLUS JEUNE 2 MÊME ÂGE 3 NSP 8 (PASSER À 537) ←	PLUS ÂGÉE 1 PLUS JEUNE 2 MÊME ÂGE 3 NSP 8 (PASSER À 537) ←	PLUS ÂGÉE 1 PLUS JEUNE 2 MÊME ÂGE 3 NSP 8 (PASSER À 538) ←
536	Diriez-vous que cette personne a dix ans de plus que vous ou davantage ou moins de dix ans de plus que vous?	DIX ANS OU PLUS 1 MOINS DE DIX ANS 2 PLUS ÂGÉE, NSP DE COMBIEN ... 3	DIX ANS OU PLUS 1 MOINS DE DIX ANS 2 PLUS ÂGÉE, NSP DE COMBIEN ... 3	DIX ANS OU PLUS 1 MOINS DE DIX ANS 2 PLUS ÂGÉE, NSP DE COMBIEN ... 3
537	Mis à part cette/ces deux personnes, avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre au cours des 12 derniers mois?	OUI 1 (RETOUR À 527) ← À LA COL.SUIVANTE NON 2 (PASSER À 540) ←	OUI 1 (RETOUR À 527) ← À LA COL.SUIVANTE NON 2 (PASSER À 540) ←	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
538	<p>En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels dans toute votre vie?</p> <p>EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p> <p>SI LE NOMBRE EST SUPÉRIEUR À 95, INSCRIRE '95'</p>	<p>NOMBRE DE PARTENAIRES ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
540	<p>VÉRIFIER LA PAGE DE COUVERTURE; QUESTIONS ADDITIONNELLES SUR L'ACTIVITÉ SEXUELLE POUR HOMMES (1) OU FEMMES (2)</p> <p>"QUESTIONS ADDITIONNELLES " <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>POUR ENQUÊTE FEMME (COUVERTURE =2) ↓</p>	<p><input type="text"/> 2</p>	
541	<p>VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'AUTRE PERSONNES NE CONTINUEZ PAS TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS COMPLÈTEMENT EN PRIVÉ AVEC L'ENQUÊTÉE.</p>	<p>PRIVÉ OBTENU 1</p> <p>PRIVÉ IMPOSSIBLE 2</p>	→ 544
542	<p>La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, diriez-vous que vous vouliez avoir ces rapports sexuels ou que vous y avait été forcée contre votre volonté?</p>	<p>VOULAIT 1</p> <p>A ÉTÉ FORCÉE 2</p> <p>REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3</p>	
543	<p>Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a obligé à avoir des rapports sexuels contre votre volonté?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE REP. 3</p>	
544	<p>Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 601
545	<p>Où est-ce?</p> <p>SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Y a-t-il un autre endroit?</p> <p>ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. ... B</p> <p>CENTRE DE P C</p> <p>POSTE DE SANTÉ D</p> <p>CASE DE SANTÉ/MATERN. RUF... E</p> <p>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE... F</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . G</p> <p>AGENT DE SANTÉ H</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ I</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET J</p> <p>PHARMACIE K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ L</p> <p>AGENT DE SANTÉ M</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MÉDICAL _____ N</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE O</p> <p>BAR P</p> <p>ÉCOLE Q</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE R</p> <p>AMIS/PARENTS S</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
546	<p>Si vous le voulez, pouvez-vous vous procurer un condom?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8</p>	

SECTION 6. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
601	<p>VÉRIFIER 311/311A :</p> <p>NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/></p> <p>OU NON POSÉE ↓</p>		→ 614
602	<p>VÉRIFIER 226 :</p> <p>PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/></p> <p>Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir.</p> <p>Voudriez-vous avoir un (autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants du tout ?</p>	<p>ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir.</p> <p>Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autres enfants du tout?</p>	<p>AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ... 1</p> <p>PAS D'AUTRE DU TOUT/AUCUN ... 2 → 604</p> <p>DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ... 3 → 614</p> <p>INDÉCISE/NE SAIT PAS :</p> <p>ET ENCEINTE ... 4 → 610</p> <p>ET PAS ENCEINTE/PAS SÛRE ... 5 → 608</p>
603	<p>VÉRIFIER 226 :</p> <p>PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/></p> <p>Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant ?</p>	<p>ENCEINTE <input type="checkbox"/></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>	<p>MOIS 1 <input type="text"/></p> <p>ANNÉES 2 <input type="text"/></p> <p>BIENTÔT/MAINTENANT 993 → 609</p> <p>DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 994 → 614</p> <p>APRÈS MARIAGE 995</p> <p>AUTRE 996 → 609</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS 998</p>
604	<p>VÉRIFIER 226 :</p> <p>PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCEINTE <input type="checkbox"/></p>		→ 610
605	<p>VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE ?</p> <p>NON POSÉE <input type="checkbox"/> N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p>		→ 608
606	<p>VÉRIFIER 603 :</p> <p>NON POSÉE <input type="checkbox"/> 24 MOIS OU PLUS OU 02 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/> 00-23 MOIS OU 00-01 ANNÉE <input type="checkbox"/></p>		→ 610

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
607	<p>VÉRIFIER 602 :</p> <p>VEUT UN/UN AUTRE ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>↓</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.</p> <p>Pouvez-vous me dire pourquoi ?</p> <p>Autre raison ?</p> <p>ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p>	<p>NON MARIÉE A</p> <p>RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS ... B</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS C</p> <p>MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE . D</p> <p>SOUS-FÉCONDE/STÉRILE E</p> <p>AMÉNORRHÉE POSTPARTUM ... F</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 OPPOSÉES K</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 UTILISER S</p> <p>INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NORMALES DU CORPS T</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
608	<p>Dans les semaines qui viennent, si vous découvriez que vous étiez 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/ N'A PAS DE RAPPORTS SEXUELS 4</p>	
609	<p>VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE ?</p> <p>NON POSÉE <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p>		→ 614
610	<p>Pensez-vous que, dans un avenir proche ou lointain, 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>	→ 612
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 PÉRIODIQU 12</p> <p>RETRAIT 13</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>PAS SÛRE 98</p>	→ 614

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
629	Quand une femme sait que son mari a une maladie transmissible par contact sexuel, est-il justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent un condom au cours des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
630	VÉRIFIER 501 ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> MARIÉE/EN UNION ↓ PAS EN UNION <input type="checkbox"/> →		701
631	Pouvez-vous refuser à votre mari d'avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne souhaitez pas en avoir?	OUI 1 NON 2 ÇA DÉPEND/PAS SÛRE 8	
632	Pouvez-vous demander à votre mari d'utiliser un condom si vous voulez qu'il en utilise un?	OUI 1 NON 2 ÇA DÉPEND/PAS SÛRE 8	

SECTION 7. CARACTÉRISTIQUES DU CONJOINT ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
701	VÉRIFIER 501 ET 502 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/ VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	→ 703 → 707
702	Quel âge avait votre mari/partenaire à son dernier anniversaire ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/>	
703	Est-ce que votre (dernier) mari/partenaire a fréquenté l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 706
704	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint : primaire, secondaire 1er cycle, secondaire 2ème cycle, supérieur ou autre ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 1 2 SECONDAIRE 2 3 SUPÉRIEUR 4 AUTRE 6 NE SAIT PAS 8	→ 706
705	Quelle est la dernière année/classe qu'il a achevée à ce niveau ?	CLASSE/ANNÉE <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	
706	VÉRIFIER 701 : ACTUEL. MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> Quelle est l'occupation de votre mari/partenaire ? C'est-à-dire, quel genre de travail fait-il principalement ? Quelle était l'occupation de votre (dernier) mari/partenaire ? C'est-à-dire, quel genre de travail faisait-il principalement ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
707	En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous travaillez actuellement ?	OUI 1 NON 2	→ 710
708	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 de la famille ou dans l'affaire de la famille. Faites-vous en ce moment quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail ?	OUI 1 NON 2	→ 710
709	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	→ 719
710	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail faites-vous principalement ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
711	VÉRIFIER 710 : TRAVAILLE DANS AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE PAS DANS AGRICULTURE <input type="checkbox"/>		→ 713
712	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 ?	PROPRE TERRE 1 TERRE DE LA FAMILLE 2 TERRE LOUÉE 3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	

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 à la maison ou loin de la maison ?	À LA MAISON 1 LOIN DE LA MAISON 2	
715	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière, ou seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE . 2 TEMPS EN TEMPS 3	
716	Pour ce travail, touchez-vous de l'argent, êtes-vous payée en nature ou n'êtes-vous pas du tout payée ?	ARGENT SEULEMENT 1 ARGENT ET NATURE 2 EN NATURE SEULEMENT 3 PAS PAYÉE 4	→ 719
717	Qui décide principalement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé ?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME 1 MARI/PARTENAIRE 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE 3 PÈRE/MÈRE 4 ONCLE 5 QUELQU'UN D'AUTRE 6 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE ENSEMBLE 7	
718	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 RIEN 1 MOINS DE LA MOITIÉ 2 À PEU PRÈS LA MOITIÉ 3 PLUS DE LA MOITIÉ 4 LA TOTALITÉ 5 RIEN, TOUT SON REVENU EST GARDÉ 6	
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 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 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 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 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 légitime qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes : Si elle sort sans le lui dire ? Si elle néglige les enfants ? Si elle argumente avec lui ? Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ? Si elle brûle la nourriture ?	OUI NON NSP SORTIR 1 2 8 NÉGL. ENFANTS ... 1 2 8 ARGUMENTE 1 2 8 REFUSER SEX. 1 2 8 BRÛLER NOUR. 1 2 8	

SECTION 8. SIDA ET AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
801	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée sida?	OUI 1 NON 2	→ 844
802	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant seulement un partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
803	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par des piqûres de moustiques?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
804	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
805	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne atteinte du sida?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
806	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en s'abstenant de rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
807	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
808	Y a-t-il quelque chose (d'autre) qu'une personne peut faire pour éviter ou réduire ses risques de contracter le virus qui cause le sida?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	└→ 810
809	Que peut-on faire? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS A UTILISER DES CONDOMS B SE LIMITER À 1 PARTENAIRE/RESTER FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIRE C LIMITER LE NBRE DE PARTENAIRES SEXUELS D ÉVITER SEX. AVEC PROSTITUÉS .. E ÉVITER SEX. AVEC PERSONNES AYANT PLUSIEURS PARTENAIRE . F ÉVITER SEX. AVEC HOMOSEXUELS . G ÉVITER SEX. AVEC PERS. QUI S'INJECTENT DES DROGUES H ÉVITER TRANSFUSION SANGUINE . I ÉVITER LES INJECTIONS J ÉVIT. PARTAGE SERING./LAME/RASOI K ÉVITER D'EMBRASSER L ÉVITER PIQÛRES MOUSTIQUES .. M CHERCHER PROTECTION DE GUÉRISSEUR TRADITIONNEL. . N AUTRE W (PRÉCISER) AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	
810	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																																																									
811	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère séropositive à son bébé : Au cours de la grossesse? Pendant l'accouchement? Pendant l'allaitement?	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GROSSESSE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ACCOUCHEMENT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ALLAITEMENT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	GROSSESSE	1	2	8	ACCOUCHEMENT	1	2	8	ALLAITEMENT	1	2	8																																										
	OUI	NON	NSP																																																									
GROSSESSE	1	2	8																																																									
ACCOUCHEMENT	1	2	8																																																									
ALLAITEMENT	1	2	8																																																									
812	VÉRIFIER 811: AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓	AUTRE <input type="checkbox"/> →	814																																																									
813	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le virus du sida pour réduire le risque de transmission à son bébé?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NE SAIT PAS</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2	NE SAIT PAS	8																																																				
OUI	1																																																											
NON	2																																																											
NE SAIT PAS	8																																																											
814	Y a-t-il des médicaments spéciaux que les personnes infectées par le virus du sida peuvent obtenir auprès d'un médecin ou d'une infirmière?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NE SAIT PAS</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2	NE SAIT PAS	8																																																				
OUI	1																																																											
NON	2																																																											
NE SAIT PAS	8																																																											
815	VÉRIFIER 215 DERNIÈRE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2003 <input type="checkbox"/> ↓	AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> → DERNIÈRE NAISSANCE AVANT JANVIER 2003 <input type="checkbox"/> →	824 824																																																									
816	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre dernière naissance. Avez-vous vu quelqu'un pour des soins prénatals durant cette grossesse?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2	824																																																					
OUI	1																																																											
NON	2																																																											
817	Au cours de l'une de ces visites prénatales pour cette grossesse, est-ce que l'on vous a parlé de l'un des sujets suivants: Des bébés qui contractent le virus du sida de leur mère? Des choses que l'on peut faire pour ne pas contracter le sida? Effectuer un test du sida?	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIDA DE LA MÈRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>CHOSSES À FAIRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TEST DU SIDA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	SIDA DE LA MÈRE	1	2	8	CHOSSES À FAIRE	1	2	8	TEST DU SIDA	1	2	8																																										
	OUI	NON	NSP																																																									
SIDA DE LA MÈRE	1	2	8																																																									
CHOSSES À FAIRE	1	2	8																																																									
TEST DU SIDA	1	2	8																																																									
818	Dans le cadre de ces soins prénatals, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du sida?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2																																																						
OUI	1																																																											
NON	2																																																											
819	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du sida dans le cadre de vos soins prénatals?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2	824																																																					
OUI	1																																																											
NON	2																																																											
820	Je ne veux pas connaître les résultats mais est-ce que vous avez obtenu les résultats du test?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2																																																						
OUI	1																																																											
NON	2																																																											
821	Où avez-vous effectué le test? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	<table> <tbody> <tr> <td colspan="3">SECTEUR PUBLIC</td> </tr> <tr> <td>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT</td> <td>11</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CENTRE DE SANTÉ DU GOUV.</td> <td>12</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CENTRE DE PF</td> <td>13</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CENTRE DE DÉPISTAGE</td> <td>14</td> <td></td> </tr> <tr> <td>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE</td> <td>15</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AGENT DE SANTÉ</td> <td>16</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AUTRE PUBLIC</td> <td>17</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">(PRÉCISER)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</td> </tr> <tr> <td>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET</td> <td>21</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PHARMACIE</td> <td>22</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MÉDECIN PRIVÉ</td> <td>23</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AGENT DE SANTÉ</td> <td>24</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AUTRE PRIVÉ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>MÉDICAL</td> <td>26</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">(PRÉCISER)</td> </tr> <tr> <td>AUTRE</td> <td>96</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">(PRÉCISER)</td> </tr> </tbody> </table>	SECTEUR PUBLIC			HÔPITAL DU GOUVERNEMENT	11		CENTRE DE SANTÉ DU GOUV.	12		CENTRE DE PF	13		CENTRE DE DÉPISTAGE	14		STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE	15		AGENT DE SANTÉ	16		AUTRE PUBLIC	17		(PRÉCISER)			SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ			HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET	21		PHARMACIE	22		MÉDECIN PRIVÉ	23		AGENT DE SANTÉ	24		AUTRE PRIVÉ			MÉDICAL	26		(PRÉCISER)			AUTRE	96		(PRÉCISER)			
SECTEUR PUBLIC																																																												
HÔPITAL DU GOUVERNEMENT	11																																																											
CENTRE DE SANTÉ DU GOUV.	12																																																											
CENTRE DE PF	13																																																											
CENTRE DE DÉPISTAGE	14																																																											
STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE	15																																																											
AGENT DE SANTÉ	16																																																											
AUTRE PUBLIC	17																																																											
(PRÉCISER)																																																												
SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ																																																												
HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET	21																																																											
PHARMACIE	22																																																											
MÉDECIN PRIVÉ	23																																																											
AGENT DE SANTÉ	24																																																											
AUTRE PRIVÉ																																																												
MÉDICAL	26																																																											
(PRÉCISER)																																																												
AUTRE	96																																																											
(PRÉCISER)																																																												
822	Avez-vous effectué un autre test du sida depuis que vous avez été testée pendant votre grossesse?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2	825																																																					
OUI	1																																																											
NON	2																																																											

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
823	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS 1 ENTRE 12 ET 23 MOIS 2 IL Y A 2 ANS OU PLUS 3	→ 831
824	Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le sida?	OUI 1 NON 2	→ 829
825	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS 1 ENTRE 12 ET 23 MOIS 2 IL Y A 2 ANS OU PLUS 3	
826	la dernière fois que vous avez effectué le test, aviez-vous demandé vous-même à le faire, vous l'a t-on proposé et vous avez accepté ou bien était-il imposé?	TEST DEMANDÉ 1 TEST PROPOSÉ ET ACCEPTÉ 2 TEST IMPOSÉ 3	
827	Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous obtenu les résultats du test?	OUI 1 NON 2	
828	Où avez-vous effectué le test ? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. 12 CENTRE DE PF 13 CENTRE DE DÉPISTAGE 14 STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . 15 AGENT DE SANTÉ 16 AUTRE PUBLIC _____ 17 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET . . . 21 PHARMACIE 22 MÉDECIN PRIVÉ 23 AGENT DE SANTÉ 24 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 26 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	→ 831
829	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour effectuer le test du virus qui cause le sida?	OUI 1 NON 2	→ 831
830	Où est-ce? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT) Y a t-il un autre endroit? ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT . . A CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. . . B CENTRE DE PF C CENTRE DE DÉPISTAGE D STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . E AGENT DE SANTÉ F AUTRE PUBLIC _____ G (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET . . . H PHARMACIE I MÉDECIN PRIVÉ J AGENT DE SANTÉ K AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ L (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER)	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
831	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
832	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non?	OUI, RESTE SECRET 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
833	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, seriez-vous prêt à prendre soin de lui/elle dans votre propre ménage?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
834	Si un/e enseignant/e a le virus du sida mais qu'il/elle n'est pas malade, est-ce qu'il/elle devrait être autorisé/e ou non à continuer à enseigner à l'école?	AUTORISÉ À ENSEIGNER 1 PAS AUTORISÉ À ENSEIGNER 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
835	Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé de services de santé au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida?	OUI 1 NON 2 NE CONNAÎT PERSON. AYANT SIDA ... 3 NE SAIT PAS 8	→ 840
836	Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé de participer à des manifestations sociales, services religieux ou à des événements communautaires au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
837	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a été insulté ou raillé au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
838	VÉRIFIER 835, 836 ET 837 : AUTRE <input type="checkbox"/>	AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/>	→ 840
839	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui est suspecté d'avoir le sida ou qui a le sida?	OUI 1 NON 2	
840	Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante: Les gens qui ont le sida devraient avoir honte d'eux-mêmes.	D'ACCORD 1 PAS D'ACCORD 2 NSP/ PAS D'OPINION 8	
841	Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante: On devrait reprocher aux gens qui ont le sida d'introduire le virus dans la communauté.	D'ACCORD 1 PAS D'ACCORD 2 NSP/ PAS D'OPINION 8	
842	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation du condom pour éviter le sida?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
843	Est-ce qu'on devrait enseigner aux enfants de 12-14 ans d'attendre jusqu'au mariage pour avoir des rapports sexuels pour éviter de contracter le sida?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
844	Pensez-vous que les jeunes hommes devraient attendre d'être mariés pour avoir des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
845	Pensez-vous que les jeunes femmes devraient attendre d'être mariées pour avoir des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
846	Pensez-vous que les hommes mariés ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec leur/s épouse/s ?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
847	Pensez-vous que la plupart des hommes que vous connaissez n'ont des rapports sexuels qu'avec leur/s épouse/s ?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
848	Pensez-vous que les femmes mariées ne devraient avoir de rapports sexuels qu'avec leur époux?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
849	Pensez-vous que la plupart des femmes que vous connaissez n'ont des rapports sexuels qu'avec leur époux?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
850	<p>VÉRIFIER 801:</p> <p>ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> PAS ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> DU SIDA DU SIDA</p> <p>Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui se transmettent par contact sexuel? Avez-vous entendu parler d'infections qui se transmettent par contact sexuel?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 853
851	<p>Quand un homme a une infection sexuellement transmissible, quels symptômes peut-il avoir?</p> <p>Y a-t-il d'autres symptômes?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>DOULEUR ABDOMINALE A</p> <p>ÉCOULEMENT GÉNITAL B</p> <p>PERTES MALODORANTES C</p> <p>BRÛLURE EN URINANT D</p> <p>ROUGEUR/INFLAMMATION DANS PARTIE GÉNITALE E</p> <p>GONFLEMENT DS ZONE GÉNIT... F</p> <p>PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL G</p> <p>VERRUES GÉNITALES H</p> <p>DÉMANGEAISONS GÉNITALES I</p> <p>SANG DANS LES URINES J</p> <p>PERTE DE POIDS. K</p> <p>IMPUISSANCE L</p> <p>AUTRE W (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE X (PRÉCISER)</p> <p>PAS DE SYMPTÔME Y</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
852	<p>Quand une femme a une infection sexuellement transmissible, quels symptômes peut-elle avoir?</p> <p>Y a-t-il d'autres symptômes?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>DOULEUR ABDOMINALE A</p> <p>PERTES GÉNITALES B</p> <p>PERTES MALODORANTES C</p> <p>BRÛLURE EN URINANT D</p> <p>ROUGEUR/INFLAMMATION DANS PARTIE GÉNITALE E</p> <p>GONFLEMENT DS ZONE GÉNIT... F</p> <p>PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL G</p> <p>VERRUES GÉNITALES H</p> <p>DÉMANGEAISONS GÉNITALES I</p> <p>SANG DANS LES URINES J</p> <p>PERTE DE POIDS. K</p> <p>DIFFICULTÉ POUR TOMBER ENCEINTE/AVOIR UN ENFANT L</p> <p>AUTRE W (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE X (PRÉCISER)</p> <p>PAS DE SYMPTÔME Y</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À	
853	VÉRIFIER 519: A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A PAS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>		→ 901	
854	VÉRIFIER 850 A ENTENDU PARLER D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR CONTACT SEXUEL <input type="checkbox"/> N'A PAS ENTENDU PARLER D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR CONTACT SEXUEL <input type="checkbox"/>		→ 856	
855	J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
856	Il arrive parfois que les femmes aient des pertes vaginales, anormales et malodorantes. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales anormales et malodorantes?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
857	Il arrive parfois que les femmes aient une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
858	VÉRIFIER 855,856 ET 857 A EU UNE INFECTION (UN 'OUI') <input type="checkbox"/> N'A PAS EU D'INFECTION OU NE LE SAIT PAS <input type="checkbox"/>		→ 901	
859	La dernière fois que vous avez eu (PROBLÈME MENTIONNÉ À 855/856/857), avez-vous recherché un conseil ou un traitement?	OUI 1 NON 2	→ 901	
860	Où êtes-vous allée? Y a-t-il un autre endroit? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV. A CENTRE SANTÉ GOUV. B POSTE SANTÉ C MATERNITÉ RURALE D CASE DE SANTÉ E PHARM. COMMUNAUTAIRE F STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . G AGENT DE SANTÉ H AUTRE PUBLIC _____ I (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET PRIVÉ J PHARMACIE K MÉDECIN PRIVÉ L DISPENSARE RELIG M AGENT SANTÉ COMMUNAUT . . . N AUTRE MEDICAL PRIVÉ _____ (PRÉCISER) O AUTRE SOURCE BOUTIQUE P GUERISSEUR TRADITIONNEL . . . Q PARENT/AMI/VOISIN R AUTRE _____ X (PRÉCISER)		

SECTION 9. EXCISION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
901	Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?	OUI 1 NON 2	→ 903
902	Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ?	OUI 1 NON 2	→ 1001
903	Vous a-t-on coupé vos organes génitaux externes ?	OUI 1 NON 2	→ 909
904	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui a été fait à ce moment-là. Vous a-t-on coupé quelque chose dans la zone génitale ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 906
905	Vous a-t-on seulement entaillé les parties génitales sans rien couper ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
906	Vous a-t-on fermé la zone du vagin par une couture ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
907	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez subi cette pratique ? SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAIT PAS L'ÂGE EXACT, ESSAYER D'OBTENIR UNE ESTIMATION.	AGE EN ANNÉES RÉVOLUS <input type="text"/> <input type="text"/> DURANT ENFANCE 95 NE SAIT PAS 98	
908	Qui a procédé à votre excision ?	TRADITIONNEL EXCISEUSE TRAD. 11 ACCOUCHEUSE TRAD 12 AUTRE TRADITION. 16 (PRÉCISER) PROFESSIONNEL SANTÉ DOCTEUR 21 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 22 AUTRE PROFESSIONNEL SANTÉ 26 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	
909	VERIFIER 214 ET 216 : A AU MOINS <input type="checkbox"/> UNE FILLE VIVANTE ↓	N'A PAS DE <input type="checkbox"/> FILLE VIVANTE →	→ 919
910	Est-ce que certaines de vos filles ont subi ce genre de pratique ? SI OUI: Combien ?	NOMBRE EXCISEES <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE FILLE EXCISEE 95	→ 918

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
911	<p>Sur laquelle de vos filles a-t-on procédé tout récemment à l'excision ?</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE LA FILLE)</p> <p>ENQUETRICE: VÉRIFIER 212 ET ENREGISTRER LE NUMERO DE LIGNE POUR LA FILLE.</p>	<p>LIGNE DE LA FILLE</p> <p>NOMBRE DE Q.212 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
912	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui a été fait à (NOM DE LA FILLE de Q.911) à ce moment-là ?</p> <p>A t-on enlevé quelque chose de ses parties génitales ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→ 914
913	<p>A t-on seulement entaillé ses parties génitales sans rien enlever ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
914	<p>Son vagin a-t-il été fermé par une couture ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
915	<p>Quel âge avait (NOM DE LA FILLE À Q.911) au moment de l'excision ?</p> <p>SI L'ENQUETÉE NE CONNAIT PAS L'ÂGE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>AGE EN ANNÉES RÉVOLUS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DURANT ENFANCE 95</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
916	<p>Qui a procédé à l'excision ?</p>	<p>TRADITIONNEL</p> <p>EXCISEUSE TRAD. 11</p> <p>ACCOUCHEUSE TRAD 12</p> <p>AUTRE TRADITION. 16</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>PROFESSIONNEL SANTÉ</p> <p>DOCTEUR 21</p> <p>INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 22</p> <p>AUTRE PROFESSIONNEL SANTÉ 26</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
917	<p>Est-ce qu'il s'est produit au moment ou après qu'on ait coupé les parties génitales de (NOM DE LA FILLE À Q.911) l'un des problèmes suivants :</p> <p>Saignements excessifs ?</p> <p>Difficultés pour uriner ou rétention d'urine ?</p> <p>Gonflement dans la zone génitale ?</p> <p>Infection de la zone génitale ? / la blessure ne s'est pas cicatrisée correctement ?</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SAIGNEMENT EXCES. 1 2 8</p> <p>DIF. À URINER/ RÉTENTION URINE 1 2 8</p> <p>GONFLEMENT 1 2 8</p> <p>INFECTION/MAUVAISE CICATRISATION 1 2 8</p>	→ 919
918	<p>Dans l'avenir, avez-vous l'intention de faire exciser vos filles ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
919	<p>Quels sont les avantages pour une fille d'être excisée ?</p> <p>INSISTER: d'autres avantages ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MEILLEURE HYGIÈNE A</p> <p>RECONNAISSANCE SOCIALE B</p> <p>MEILLEURE CHANCE MARIAGE ... C</p> <p>PRESERVATION VIRGINITÉ/PREVIENT REL SEX. AVANT MARIAGE D</p> <p>PLUS DE PLAISIR SEXUEL POUR L'HOMME E</p> <p>NÉCESSITÉ RELIGIEUSE F</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>AUCUN AVANTAGE Y</p>	
920	<p>Quels sont les avantages pour les filles à ne pas être excisées ?</p> <p>INSISTER: rien d'autre ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MOINS DE PROBLÈMES DE SANTÉ . A</p> <p>ÉVITE LA SOUFFRANCE B</p> <p>DAVANTAGE DE PLAISIR SEXUEL POUR ELLE-MEME C</p> <p>DAVANTAGE DE PLAISIR SEXUEL POUR L'HOMME D</p> <p>ACCORD AVEC LA RELIGION E</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>AUCUN AVANTAGE Y</p>	
921	<p>Pensez-vous que cette pratique est un moyen d'éviter que les filles aient des relations sexuelles avant le mariage ou pensez-vous, au contraire, qu'elle n'a aucun effet ?</p>	<p>PREVENIR RELATIONS SEXUELLES 1</p> <p>PAS D'EFFET 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
922	<p>Pensez-vous que le recours à cette pratique est exigé par votre religion ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
922A	<p>Pensez-vous que le recours à cette pratique est exigé par votre tradition ou vos coutumes ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
923	<p>Pensez-vous que cette pratique doit être maintenue ou qu'elle doit disparaître ?</p>	<p>MAINTENUE 1</p> <p>DISPARAITRE 2</p> <p>CELA DÉPENC 3</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
924	<p>Pensez-vous que les hommes tiennent à ce que cette pratique soit conservée ou au contraire, pensez-vous qu'ils sont favorables à son abandon ?</p>	<p>CONSERVÉE 1</p> <p>ABANDONNÉE 2</p> <p>CELA DÉPENC 3</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	

SECTION 10. MORTALITÉ MATERNELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES						ALLER À
1001	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos frères et sœurs, 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"/>						
1002	VÉRIFIER 1001 : DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/> ↓ UNE NAISSANCE SEULEMENT (ENQUÊTÉE SEULE) <input type="checkbox"/> →							1014
1003	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance ?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES <input type="text"/>						
1004	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le plus âgé (ou suivant) ?	[1] _____	[2] _____	[3] _____	[4] _____	[5] _____	[6] _____	
1005	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	
1006	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 ← NSP 8 ALLER À [2] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 ← NSP 8 ALLER À [3] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 ← NSP 8 ALLER À [4] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 ← NSP 8 ALLER À [5] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 ← NSP 8 ALLER À [6] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 ← NSP 8 ALLER À [7] ←	
1007	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]	
1008	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"/>	
1009	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ?	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [2]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [3]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [4]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [5]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [6]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [7]	
1010	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013 ←	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013 ←	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013 ←	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013 ←	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013 ←	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013 ←	
1011	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013 ←	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013 ←	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013 ←	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013 ←	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013 ←	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013 ←	
1012	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	
1013	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	<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 SŒURS, ALLER À 1014								

1004	Quel nom a été donné à votre frère ou soeur le plus âgé (ou suivant) ?	[7] _____	[8] _____	[9] _____	[10] _____	[11] _____	[12] _____
1005	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2
1006	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 NSP 8 ALLER À [8]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 NSP 8 ALLER À [9]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 NSP 8 ALLER À [10]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 NSP 8 ALLER À [11]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 NSP 8 ALLER À [12]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 NSP 8 ALLER À [13]
1007	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [13]
1008	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
1009	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [7]
1010	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013
1011	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1013
1012	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2
1013	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [13]
SI PLUS DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À 1014							
1014	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURES				<input type="text"/> <input type="text"/>	
		MINUTES				<input type="text"/> <input type="text"/>	

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 : _____

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	
2	08	AOUT	05	
0	07	JUIL	06	
0	06	JUIN	07	
5	05	MAI	08	
	04	AVR	09	
	03	MARS	10	
	02	FÉV	11	
	01	JAN	12	

	12	DÉC	13	
	11	NOV	14	
	10	OCT	15	
	09	SEP	16	
2	08	AOUT	17	
0	07	JUIL	18	
0	06	JUIN	19	
4	05	MAI	20	
	04	AVR	21	
	03	MARS	22	
	02	FÉV	23	
	01	JAN	24	

	12	DÉC	25	
	11	NOV	26	
	10	OCT	27	
	09	SEP	28	
2	08	AOUT	29	
0	07	JUIL	30	
0	06	JUIN	31	
3	05	MAI	32	
	04	AVR	33	
	03	MARS	34	
	02	FÉV	35	
	01	JAN	36	

	12	DÉC	37	
	11	NOV	38	
	10	OCT	39	
	09	SEP	40	
2	08	AOUT	41	
0	07	JUIL	42	
0	06	JUIN	43	
2	05	MAI	44	
	04	AVR	45	
	03	MARS	46	
	02	FÉV	47	
	01	JAN	48	

	12	DÉC	49	
	11	NOV	50	
	10	OCT	51	
	09	SEP	52	
2	08	AOUT	53	
0	07	JUIL	54	
0	06	JUIN	55	
1	05	MAI	56	
	04	AVR	57	
	03	MARS	58	
	02	FÉV	59	
	01	JAN	60	

	12	DÉC	61	
	11	NOV	62	
	10	OCT	63	
	09	SEP	64	
2	08	AOUT	65	
0	07	JUIL	66	
0	06	JUIN	67	
0	05	MAI	68	
	04	AVR	69	
	03	MARS	70	
	02	FÉV	71	
	01	JAN	72	