

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ
QUESTIONNAIRE FEMME

Confidentiel

IDENTIFICATION				
POOL D'ENQUÊTE _____				POOL <input type="text"/>
NOM DE LA LOCALITÉ (QUARTIER/VILLAGE) _____				
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____				
NUMÉRO DE LA GRAPPE				GRAPPE <input type="text"/>
NUMÉRO DU MÉNAGE				MENAGE <input type="text"/>
PROVINCE				PROVINCE <input type="text"/>
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)				MILIEU <input type="text"/>
KINSHASA - CAPITALE PROVINCIALE - AUTRE VILLE - CITÉ - RURAL (KINSHASA=1, CAPITALE PROVINCIALE=2, AUTRE VILLE=3, CITÉ=4, RURAL=5)				RÉSIDENCE <input type="text"/>
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____				N° DE LIGNE <input type="text"/>
VÉRIFIER COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE : EST-CE QUE LE MÉNAGE A ÉTÉ SÉLECTIONNÉ POUR LES QUESTIONS SUR LES "VIOLENCES DOMMESTIQUES"? SI 'NON' INSCRIVEZ '2' DANS LA CASE DE DROITE. SI 'OUI' : VÉRIFIER TABLEAU 500B LA SÉLECTION DES FEMMES ÉLIGIBLES POUR LA SECTION SUR LES "VIOLENCES DOMESTIQUES". LA FEMME QUE VOUS ENQUÊTEZ A-T-ELLE ÉTÉ SÉLECTIONNÉE ? SI 'OUI' INSCRIVEZ '1' DANS LA CASE DE DROITE, SI 'NON' INSCRIVEZ '2'				FEMME SELECT. <input type="checkbox"/>
VISITES D'ENQUÊTRICES				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR <input type="text"/>
				MOIS <input type="text"/>
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	ANNÉE <input type="text"/> 2007 <input type="text"/>
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	NOM <input type="text"/>
				RÉSULTAT <input type="text"/>
PROCHAINE DATE VISITE : DATE HEURE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="text"/>
*CODES RÉSULTAT : 1 REMPLI 4 REFUSÉ 2 PAS À LA MAISON 5 REMPLI PARTIELLEMENT 7 AUTRE _____ 3 DIFFÉRÉ 6 INCAPACITÉ (PRÉCISER)				
LANGUE DE QUESTIONNAIRE** FRANÇAIS <input type="checkbox"/> 1		LANGUE DE L'INTERVIEW** <input type="checkbox"/>		INTERPRÈTE (OUI=1, NON=2) <input type="checkbox"/>
**CODES LANGUE : 1 FRANÇAIS 3 LINGALA 5 TSHILUBA 2 KIKONGO 4 SWAHILI 6 AUTRES				
CONTRÔLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE		CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____	NOM _____		<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATE _____ <input type="text"/>	DATE _____ <input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉES

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATIONS

Bonjour. Mon nom est _____ et je travaille pour le Ministère du Plan. 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.

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

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

Signature de l'enquêtrice : _____ Date : _____

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE DE RÉPONDRE 1 L'ENQUÊTÉE REFUSE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS ... 2 → FIN

N ^o .	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
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 ? SI UNE VILLE, DEMANDER LE NOM DE LA VILLE. _____	GRANDE VILLE 1 VILLE 2 RURAL 3	
103	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DE LA VILLE/VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE) ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> TOUJOURS 95 VISITEUR 96	→ 105
104	Juste avant de vous installer ici, viviez-vous dans une grande ville, une ville, ou dans un village ? SI UNE VILLE, DEMANDER LE NOM DE LA VILLE. _____	GRANDE VILLE 1 VILLE 2 RURAL 3	
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NSP MOIS 98 ANNÉE <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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 <input type="text"/> <input type="text"/>	
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 ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 2 SUPÉRIEUR 3	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
109	Quelle est la dernière (année/classe) que vous avez achevée à ce niveau ?	ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/>	
110	VÉRIFIER 108 : PRIMAIRE <input type="checkbox"/> ↓ SECONDAIRE OU PLUS <input type="checkbox"/>		→ 114
111	Maintenant, je voudrais que vous me lisiez cette phrase à haute voix ; lisez-en le plus que vous pouvez. MONTRER VOTRE CARTE À L'ENQUÊTÉE. SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT PAS LIRE UNE PHRASE ENTIÈRE, INSISTER : Pouvez-vous me lire certaines parties de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT 1 PEUT LIRE CERTAINES PARTIES ... 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE 3 PAS DE CARTE DANS LANGUE QUI CONVIENT 4 (PRÉCISER LANGUE) AVEUGLE/HANDICAPÉE VISUELLEMENT 5	
112	Avez-vous déjà participé à un programme d'alphabétisation ou à un autre programme qui comprenait l'apprentissage de la lecture et de l'écriture (non compris l'école primaire) ?	OUI 1 NON 2	
113	VÉRIFIER 111 : CODE '2', '3' OU '4' <input type="checkbox"/> ↓ ENCERCLÉ CODE '1' OU '5' EN CERCLÉ <input type="checkbox"/>		→ 115
114	Lisez-vous un journal ou un magazine pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR ... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE . 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 3 PAS DU TOUT 4	
115	Écoutez-vous la radio pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR ... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE . 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 3 PAS DU TOUT 4	
116	Regardez-vous la télévision pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR ... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE . 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 3 PAS DU TOUT 4	
117	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous voyagé en dehors de votre localité et dormi ailleurs que chez vous ?	NOMBRE DE VOYAGES <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUN 00	→ 119
118	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été en dehors de votre localité pendant plus d'un mois de suite ?	OUI 1 NON 2	
119	Quelle est votre religion ?	CATHOLIQUE 01 PROTESTANTE 02 ARMÉE DU SALUT 03 KIMBANGUISTE 04 AUTRE CHRÉTIENS 05 MUSULMANE 06 ANIMISTE 07 SANS RELIGION 08 AUTRE 96 (PRÉCISER)	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
120	Quelle est votre tribu ? <hr/> (INSCRIRE LE NOM DE LA TRIBU)	BAKONGO DU NORD ET DU SUD DE FLEUVE 01 BAS-KASAÏ ET KWILU-KWANGO ... 02 CUVETTE CENTRALE 03 UBANGI ET ITIMBIRI-NGIRI 04 UELE; LAC ALBERT 05 BASELE-KOMO, MANIEMA ET KIVU . 06 KASAÏ; KATANGA; TANGANIKA 07 LUNDA 08 PYGMÉE 09 AUTRE 96 (PRÉCISER)	
120A	Je voudrais maintenant vous poser une question sur la tribu d'appartenance de vos parents biologique à vous. Sont(étaient)-ils de la même tribu ?	OUI 1 NON 2	

SECTION 2. REPRODUCTION

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

211 Maintenant je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en partant de la # ^{re} 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 ?	217 SI EN VIE : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	218 SI EN VIE : (NOM) vit-il/elle avec vous ?	219 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)	220 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.	221 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 MOIS 2 ANNÉES 3	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 MOIS 2 ANNÉES 3	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 MOIS 2 ANNÉES 3	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 MOIS 2 ANNÉES 3	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 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI 1 NON 2	
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ?					OUI 1	AJOUTER LA NAISSANCE À Q.212 ←			NON 2
223	<p>COMPARER 208 AVEC NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER :</p> <p>NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTER ET CORRIGER)</p> <p>VÉRIFIER : 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 2002 OU PLUS TARD. SI AUCUNE, ENREGISTRER '0'. <input type="checkbox"/>									

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
226	Êtes-vous enceinte en ce moment ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	<input type="checkbox"/> → 229
227	De combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte à <u>ce moment-là</u> , vouliez-vous <u>attendre plus tard</u> , ou vouliez-vous <u>ne plus/ne pas avoir d'enfant</u> ?	À CE MOMENT-LÀ 1 PLUS TARD 2 NE PLUS/NE PAS AVOIR D'ENFANT 3	
229	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI 1 NON 2	→ 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 <input type="checkbox"/> JAN. 2002 OU PLUS TARD ↓ DERNIÈRE GROSS. TERMINÉE AVANT <input type="checkbox"/> JAN. 2002		→ 237
232	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ? ENREGISTREZ LE NOMBRE 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
235	Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant Janvier 2002 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 2002 ?	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	<p>Quand vos dernières règles ont-elles commencé ?</p> <p>_____</p> <p>(INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNÉE)</p>	<p>IL Y A ... JOURS 1</p> <p>IL Y A ... SEMAINES ... 2</p> <p>IL Y A ... MOIS 3</p> <p>IL Y A ... ANNÉES 4</p> <p>EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE 994</p> <p>AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995</p> <p>JAMAIS EU DE RÈGLES 996</p>	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>								
238	<p>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 ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>→ 240</p>								
239	<p>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 ?</p>	<p>JUSTE AVANT DÉBUT DES RÈGLES 1</p> <p>PENDANT LES RÈGLES 2</p> <p>JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES 3</p> <p>AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES ... 4</p> <p>AUTRE 6</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>									
240	<p>Y a-t-il des enfants qui dépendent principalement de vous?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>→ 301</p>								
241	<p>Est-ce que, parmi les enfants qui dépendent principalement de vous, certains ont moins de 18 ans?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>→ 301</p>								
242	<p>Je voudrais maintenant vous parler des enfants de moins de 18 ans qui dépendent principalement de vous.</p> <p>Est-ce que vous avez fait des arrangements pour que quelqu'un s'occupe de ces enfants dans le cas où vous tomberiez malade ou dans le cas où vous ne pourriez plus vous occuper d'eux?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>PAS SÛRE 8</p>									

SECTION 3. CONTRACEPTION

<p>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 LE CODE 1 À 301 POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE DE FAÇON SPONTANÉE. PUIS CONTINUER LA COLONNE 301 EN DESCENDANT, EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. EN CERCLER 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 EN CERCLÉ À 301, POSER 302.</p>			
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 ou l'infirmière 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	COMPRIME, MOUSSE OU GELÉE Les femmes peuvent s'insérer un comprimé, se mettre de la gelée ou de la crème dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
12	RYTHME/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 À
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 (01) : FEMME NON STÉRILISÉE <input type="checkbox"/> ↓ FEMME STÉRILISÉE <input type="checkbox"/>		→ 311A
309	VÉRIFIER 226 : NON ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ↓ ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→ 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(s) méthode(s) utilisez-vous ? SI PLUS D'UNE MÉTHODE MENTIONNÉE, SUIVEZ 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 COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE J CONTINENCE PÉRIODIQUE L RETRAIT M AUTRE _____ X (PRÉCISER)	→ 313 → 316A
311A	ENCERCLEZ 'A' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE.		
312	Pourquoi utilisez-vous la pilule plutôt qu'une autre méthode ?	COÛT/MOIN CHER 01 PLUS DISPONIBLE 02 M'A ÉTÉ PRESCRIT 03 PLUS EFFICACE 04 PAS EFFETS SECONDAIRES 05 ÇA ME CONVIENT 06 SEULE METHODE CONNUE 07 MÉTHODE RÉVERSIBLE 08 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	→ 316A

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
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>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL 11</p> <p>CLINIQUE 12</p> <p>CENTRE/POSTE DE SANTÉ . 13</p> <p>MATERNITÉ 14</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ 16</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/POLYCLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ 22</p> <p>CABINET MÉDICAL 23</p> <p>AUTRE MÉDICAL</p> <p>PRIVÉ _____ 24</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
314	<p>VÉRIFIER 311 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>CODE 'A' ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</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> </div> <div style="text-align: center;"> <p>CODE 'B' ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</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> </div> </div>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À						
316	En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?								
316A	Depuis quand, avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE CITÉE EN PREMIER À Q.311) de façon continue ? INSISTER : En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à utiliser (PREMIERE MÉTHODE DE Q.311) de façon continue ?	MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							
316B	VÉRIFIER 316/316A, 215 ET 230 : 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> 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>).	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>							
317	VÉRIFIER 316/316A : L'ANNÉE EST 2002 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> L'ANNÉE EST 2001 OU AVANT <input type="checkbox"/>		→ 327						
319	VÉRIFIER 311/311A : ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE : SI PLUS D'UN CODE EN CERCLÉ À 311/311A, EN CERCLER LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES EN CERCLÉES À 311/311A.	STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 PILULE 03 DIU 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE ... 10 CONTINENCE PÉRIODIQUE 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE 96	→ 322 → 331 → 331 → 331 → 331						
320	Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) quand vous avez commencé à l'utiliser ? 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 EN CERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 11 CLINIQUE 12 CENTRE/POSTE DE SANTÉ 13 MATERNITÉ 14 AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/POLYCLINIQUE PRIVÉ . 21 PHARMACIE 22 AMO-CONGO 23 CENTRE DE SANTÉ 24 CABINET MÉDICAL 25 MÉDECIN PRIVÉ 26 INFIRMIER AMBULANT 27 AGENT DE TERRAIN 28 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ 29 (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE 31 ÉGLISE 32 PARENTS/AMIS 33 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)							

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
321	VÉRIFIER 311/311A : ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE : SI PLUS D'UN CODE ENCRCLÉ POUR UNE MÉTHODE À 311/311A, ENCRCLÉZ LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCRCLÉES À 311/311A.	PILULE 03 DIU 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE ... 10	→ 327 → 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 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	
325	VÉRIFIER 322 : CODE '1' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ À ce moment-là, vous-a t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ? ----- CODE '1' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ Au début, vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 320). À ce moment-là, vous-a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?	OUI 1 NON 2	→ 327
326	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 ?	OUI 1 NON 2	
327	VÉRIFIER 311/311A : ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE : SI PLUS D'UN CODE ENCRCLÉ À 311/311A, ENCRCLER LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCRCLÉES À 311/311A.	STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 PILULE 03 DIU 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE 10 CONTINENCE PÉRIODIQUE 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE 96	→ 331 → 331 → 331 → 331 → 331

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
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 11</p> <p>CLINIQUE 12</p> <p>CENTRE/POSTE DE SANTÉ ... 13</p> <p>MATERNITÉ 14</p> <p>AUTRE PUBLIC 16</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/POLYCLINIQUE PRIVÉ . 21</p> <p>PHARMACIE 22</p> <p>AMOCONGO 23</p> <p>CENTRE DE SANTÉ 24</p> <p>CABINET MÉDICAL 25</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ 26</p> <p>INFIRMIER AMBULANT 27</p> <p>AGENT DE TERRAIN 28</p> <p>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ 29</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE 31</p> <p>ÉGLISE 32</p> <p>PARENTS/AMIS 33</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p>→ 331</p>
329	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez procurer une méthode de planification familiale ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>→ 331</p>
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>ENREGISTREZ TOUS ENDROITS MENTIONNÉS.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL A</p> <p>CLINIQUE B</p> <p>CENTRE/POSTE DE SANTÉ ... C</p> <p>MATERNITÉ D</p> <p>AUTRE PUBLIC E</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/POLYCL. G</p> <p>PHARMACIE H</p> <p>AMO-CONGO I</p> <p>CENTRE DE SANTÉ J</p> <p>CABINET MÉDICAL K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ L</p> <p>INFIRMIER AMBULANT M</p> <p>AGENT DE TERRAIN N</p> <p>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ O</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE P</p> <p>ÉGLISE Q</p> <p>PARENTS/AMIS R</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
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 établissement sanitaire pour recevoir des soins pour vous (ou pour vos enfants) ?	OUI 1 NON 2	→ 401
333	Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement sanitaire vous a parlé de méthodes de planification familiale à une de ces occasions ?	OUI 1 NON 2	

SECTION 4A. GROSSESSE, SOINS POSTNATALS ET ALLAITEMENT

401	VÉRIFIER 224 : UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES EN 2002 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>	PAS DE NAISSANCE EN 2002 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> → 487		
402	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE EN 2002 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 2 DERNIÈRES COLONNES DU QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE). 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), voulez-vous tomber enceinte à <u>ce moment-là</u> , voulez-vous <u>attendre</u> plus tard, ou voulez-vous <u>ne plus avoir</u> d'enfant du tout ?	À CE MOMENT ... 1 (PASSER À 407) ← PLUS TARD ... 2 NE VOULAIT PLUS ... 3 (PASSER À 407) ←	À CE MOMENT ... 1 (PASSER À 415) ← PLUS TARD ... 2 NE VOULAIT PLUS ... 3 (PASSER À 415) ←	À CE MOMENT ... 1 (PASSER À 415) ← PLUS TARD ... 2 NE VOULAIT PLUS ... 3 (PASSER À 415) ←
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. SI NON, ENCERCLEZ CODE 'Y'	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIER B SAGE-FEMME . C ACCOUCHEUSE D AUTRE PERSONNE MATRONE DE VILLAGE E GUÉRISSEUR TRADITION. F MAMAN DU QUART./ VILLAGE G AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y (PASSER À 415) ←		
408	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale ?	MOIS <input type="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		

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____																		
410	VÉRIFIER 409 : NOMBRE DE CONSULTATIONS PRÉNATALES REÇUES	UNE FOIS <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE FOIS OU NSP <input type="checkbox"/> (PASSER À 412)																				
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 la taille en stature ? Vous-a-t-on pris la tension ? Avez-vous donné un échantillon d'urine ? Avez-vous donné un échantillon de sang ?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td>POIDS ...</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TAILLE ...</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TENSION ...</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>URINE ...</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SANG</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		OUI	NON	POIDS ...	1	2	TAILLE ...	1	2	TENSION ...	1	2	URINE ...	1	2	SANG	1	2		
	OUI	NON																				
POIDS ...	1	2																				
TAILLE ...	1	2																				
TENSION ...	1	2																				
URINE ...	1	2																				
SANG	1	2																				
413	Vous-a-t-on parlé des signes de complications de la grossesse ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 415) ← NE SAIT PAS 8																				
414	Vous-a-t-on dit où aller si vous aviez ces complications ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																				
415	Durant la grossesse de (NOM), 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	OUI 1 NON 2 (PASSER À 423) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 423) ← NE SAIT PAS 8																		
416	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection ?	NO DE FOIS ... <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	NO DE FOIS ... <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	NO 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-folate ? MONTRER COMPRIMÉ.	OUI 1 NON 2 (PASSER À 419) ← NE SAIT PAS 8																				
418	Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris du comprimés de fer-folate ? 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																				

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
420	Durant cette grossesse, avez-vous souffert de cécité crépusculaire ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
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 ? Autre médicament ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT ÊTRE DÉTERMINÉ, MONTRER DES ANTIPALUDÉENS TYPIQUES À L'ENQUÊTÉE.	SP/FANSIDAR A CHLOROQUINE B AMODIAQUINE C QUININE D MALAXIN E MALARITAB F ARINATE G ARTÉSUNATE H MÉFLOQUINE I MÉDICAMENT INCONNU Z AUTRE _____ X (PRÉCISER)		
422A	VERIFIER 422 : TYPE DE MEDICAMENT PRIS PENDANT LA GROSSESSE POUR ÉVITER LE PALUDISME	CODE "A" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE "A" NON- ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 422E)		
422B	Combien de fois avez-vous pris le médicament SP/FANSIDAR pendant cette grossesse ?	NO. 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 422E)		
422D	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous obtenu le médicament SP/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)		
422E	VERIFIER 422 : TYPE DE MEDICAMENT PRIS PENDANT LA GROSSESSE POUR ÉVITER LE PALUDISME	CODE "B" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE "B" NON- ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 423)		

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
422F	Combien de fois avez-vous pris le médicament CHLOROQUINE pendant cette grossesse ?	NO. DE FOIS <input type="text"/>		
422G	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)		
422H	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous obtenu le médicament CHLOROQUINE 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
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	(NOM) a-t-il/elle un certificat de naissance? SI NON INSISTEZ: La naissance de (NOM) a-t-elle été enregistrée à l'état civil?	OUI 1 (PASSER À 426) ← NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 (PASSER À 426) ← NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 (PASSER À 426) ← NON 2 NE SAIT PAS 8
425B	Pourquoi la naissance de (NOM) n'a pas été enregistrée ?	COÛT 1 ELOIGNEMENT ... 2 RETARD 3 PAS INFORMÉE ... 4 PAS NECESSAIRE . 5 AUTRE 6 (PRÉCISER) NSP 8	COÛT 1 ELOIGNEMENT ... 2 RETARD 3 PAS INFORMÉE ... 4 PAS NECESSAIRE . 5 AUTRE 6 (PRÉCISER) NSP 8	COÛT 1 ELOIGNEMENT ... 2 RETARD 3 PAS INFORMÉE ... 4 PAS NECESSAIRE . 5 AUTRE 6 (PRÉCISER) NSP 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
426	<p>Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM) ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE "PERSONNE" NE L'A ASSISTÉ, INSISTER POUR DETERMINER SI UN ADULTE QUELCONQUE ÉTAIT PRÉSENT À L'ACCOUCHEMENT.</p>	<p>PROF. DE SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIER B SAGE-FEMME . . . C ACCOUCHEUSE... D</p> <p>AUTRE PERSONNE MATRONE DE VILLAGE E GUÉRISSEUR TRADITION. . . . F MAMAN DU QUART./ VILLAGE G AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y</p>	<p>PROF. DE SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIER B SAGE-FEMME . . . C ACCOUCHEUSE... D</p> <p>AUTRE PERSONNE MATRONE DE VILLAGE E GUÉRISSEUR TRADITION. . . . F MAMAN DU QUART./ VILLAGE G AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y</p>	<p>PROF. DE SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIER B SAGE-FEMME . . . C ACCOUCHEUSE... D</p> <p>AUTRE PERSONNE MATRONE DE VILLAGE E GUÉRISSEUR TRADITION. . . . F MAMAN DU QUART./ VILLAGE G AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y</p>
427	<p>Où avez-vous accouché de (NOM) ?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	<p>DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 429) ← AUTRE DOMICILE 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 21 CENTRE DE SANTÉ . 22 POSTE DE SANTÉ . 23 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 36 (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429) ←</p>	<p>DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 429) ← AUTRE DOMICILE 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 21 CENTRE DE SANTÉ . 22 POSTE DE SANTÉ . 23 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 36 (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429) ←</p>	<p>DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 429) ← AUTRE DOMICILE 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 21 CENTRE DE SANTÉ . 22 POSTE DE SANTÉ . 23 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 36 (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429) ←</p>
428	<p>Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne ?</p>	<p>OUI 1 (PASSER À 433) ← NON 2</p>	<p>OUI 1 (PASSER À 435) ← NON 2</p>	<p>OUI 1 (PASSER À 435) ← NON 2</p>
429	<p>Après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une accoucheuse villageoise vous a examinée ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSER À 433) ← </p>	<p>OUI 1 NON 2</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
430	<p>Après combien de jours ou de semaines après l'accouchement avez-vous eu votre premier examen de santé ?</p> <p>ENREGISTRER "00" JOURS SI MÊME JOUR.</p>	<p>JOURS APRÈS ACC. 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SEMAINES APRÈS ACC. 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 998</p>		

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
431	Qui vous a examinée à ce moment-là ? INSISTER POUR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIER 12 SAGE-FEMME . 13 ACCOUCHEUSE 14 AUTRE PERSONNE MATRONE DE VILLAGE 21 GUÉRISSEUR TRADITION. ... 22 MAMAN DU QUART./ VILLAGE 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 . 22 POSTE DE SANTÉ . 23 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.	OUI 1 NON 2 NSP 8		
434	Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM) ?	OUI 1 (PASSER À 436) ← NON 2 (PASSER À 437) ←		
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- <input type="checkbox"/> OU PAS <input type="checkbox"/> CEINTE <input type="checkbox"/> SÛRE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 439) ←		

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
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) ←
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 MENTIONNÉS	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) . A EAU B EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE C INFUSIONS CALMANTE POUR COLIQUES . D SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE E JUS DE FRUIT F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ G THÉ H MIEL I AUTRE _____ X (PRÉCISER)	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) . A EAU B EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE C INFUSIONS CALMANTE POUR COLIQUES . D SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE E JUS DE FRUIT F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ G THÉ H MIEL I AUTRE _____ X (PRÉCISER)	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) . A EAU B EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE C INFUSIONS CALMANTE POUR COLIQUES . D SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE E JUS DE FRUIT F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ G THÉ H MIEL I 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	Allaité-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

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
447	VÉRIFIER 404 : ENFANT VIVANT ?	EN VIE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 450)	DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNER À 405, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454)	EN VIE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 450)
			DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNER À 405, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454)	DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNER À 405, AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUV. QUESTIONNAIRE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454)
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 ALLAIEMENTS DE NUIT ... <input type="text"/>	NOMBRE ALLAIEMENTS DE NUIT ... <input type="text"/>	NOMBRE ALLAIEMENTS DE NUIT ... <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 ALLAIEMENTS DE JOUR ... <input type="text"/>	NOMBRE ALLAIEMENTS DE JOUR ... <input type="text"/>	NOMBRE ALLAIEMENTS DE JOUR ... <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
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 FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8
453		RETOURNER À 405 DANS LA PROCHAINE COLONNE ; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454.	RETOURNER À 405 DANS LA PROCHAINE COLONNE ; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454.	RETOURNER À 405 DANS AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, 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 2002 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 2 DERNIÈRES COLONNES DU QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE).			
455	NUMÉRO DE LIGNE DE Q.212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NUMÉRO DE LIGNE <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>
456	SELON Q.212 ET Q.216	NOM _____ VIVANT <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 456, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 484)	NOM _____ VIVANT <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 456, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 484)	NOM _____ VIVANT <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 456, AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 484)
458	Avez-vous une fiche de consultation préscolaire (CPS) 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 FICHE CPS 3	OUI, VU 1 (PASSER À 460) ← OUI, PAS VU 2 (PASSER À 462) ← PAS DE FICHE CPS 3	OUI, VU 1 (PASSER À 460) ← OUI, PAS VU 2 (PASSER À 462) ← PAS DE FICHE CPS 3
459	Avez-vous déjà eu une fiche de CPS 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 FICHE CPS. (2) NOTER '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LA FICHE CPS INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE.			
		JOUR MOIS ANNÉE		
BCG	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>
POLIO 0 (à la naissance)	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>
POLIO 1	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>
POLIO 2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>
POLIO 3	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>
DTcoq 1	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>
DTcoq 2	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>
DTcoq 3	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>
ROUGEOLE	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>
FIEVRE JAUNE (V.A.A.)	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>
VITAMINE A (LA PLUS RECENTE)	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
461	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur cette fiche CPS, y compris les vaccinations faites le jour d'une campagne nationale de vaccination ? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE BCG, POLIO 0-3, DTCoq 1-3, ROUGEOLE, ET/OU FIÈVRE JAUNE.	OUI 1 (INSISTER SUR ← LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR À 460) → (PASSER À 464) ←	OUI 1 (INSISTER SUR ← LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR À 460) → (PASSER À 464) ←	OUI 1 (INSISTER SUR ← LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR À 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 vaccinations pour lui éviter de contracter des maladies, y compris les vaccinations reçues 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 plait, si (NOM) a reçu l'une des vaccinations suivantes :			
463A	La vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection à l'avant-bras gauche 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 NE SAIT PAS 8	JUSTE APRÈS LA NAISS. 1 PLUS TARD 2 NE SAIT PAS 8	JUSTE APRÈS LA NAISS. 1 PLUS TARD 2 NE SAIT PAS 8
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	La vaccination du DTcoq, c'est-à-dire une injection faite dans la cuisse donnée généralement 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 c'est-à-dire, une injection faite au bras gauche à partir de 9 mois ?	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, c'est-à-dire, une injection faite au bras droit à partir de 9 mois ?	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 _____
464	Est-ce que (NOM) a reçu certaines de ces vaccinations pendant ces deux dernières années au cours d'une campagne 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) ←
465	Au cours de quelle campagne nationale de vaccination, (NOM) a-t-il reçu ces vaccinations ? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MULTIANTIGÈNES OCT/NOV 2004 A POLIO AVR/MAI 2005 ... B POLIO SEPT-NOV 2005 C ROUGEOLE OCT 2005 D AUTRE X	MULTIANTIGÈNES OCT/NOV 2004 A POLIO AVR/MAI 2005 ... B POLIO SEPT-NOV 2005 C ROUGEOLE OCT 2005 D AUTRE X	MULTIANTIGÈNES OCT/NOV 2004 A POLIO AVR/MAI 2005 ... B POLIO SEPT-NOV 2005 C ROUGEOLE OCT 2005 D AUTRE X
465A	Est-ce que (NOM) a reçu une dose de vitamine A, comme cela, au cours des 6 derniers mois ? MONTRER LA CAPSULE.	OUI 1 NON 2 (PASSER À 466) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 466) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 466) ← NE SAIT PAS 8
465B	À quelle occasion (NOM) a-t-il reçu la vitamine A ?	CAMPAGNE A ROUTINE B CAS DE MALADIE C AUTRE X	CAMPAGNE A ROUTINE B CAS DE MALADIE C AUTRE X	CAMPAGNE A ROUTINE B CAS DE MALADIE C AUTRE X
466	Est-ce que (NOM) a souffert de la fièvre, 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
467	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, au cours des deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 469) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 469) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 469) ← NE SAIT PAS 8
468	Quand (NOM) souffrait de la toux, respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
469	VÉRIFIER 466 ET 467 : FIÈVRE OU TOUX ?	"OUI" À 466 AUTRE ☐ OU 467 ☐ ↓ ↓ (PASSER À 475) ←	"OUI" À 466 AUTRE ☐ OU 467 ☐ ↓ ↓ (PASSER À 475) ←	"OUI" À 466 AUTRE ☐ OU 467 ☐ ↓ ↓ (PASSER À 475) ←
470	Avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour la fièvre/toux ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 472) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 472) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 472) ←

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
471	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement ? Quelque part ailleurs ? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE SANTÉ B POSTE SANTÉ C MATERNITÉ D AUTRE PUBLIC F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G PHARMACIE H CABINET MÉDICAL I INFIRMIER AMBULANT ... K AUTRE MEDICAL PRIVÉ L (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . N AUTRE X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE SANTÉ B POSTE SANTÉ C MATERNITÉ D AUTRE PUBLIC F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G PHARMACIE H CABINET MÉDICAL I INFIRMIER AMBULANT ... K AUTRE MEDICAL PRIVÉ L (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . N AUTRE X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE SANTÉ B POSTE SANTÉ C MATERNITÉ D AUTRE PUBLIC F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G PHARMACIE H CABINET MÉDICAL I INFIRMIER AMBULANT ... K AUTRE MEDICAL PRIVÉ L (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . N AUTRE X (PRÉCISER)
472	VÉRIFIER 466 : A EU DE LA FIÈVRE ?	"OUI" À "NON"/"NSP" <input type="checkbox"/> 466 À 466 <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 475) ←	"OUI" À "NON"/"NSP" <input type="checkbox"/> 466 À 466 <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 475) ←	"OUI" À "NON"/"NSP" <input type="checkbox"/> 466 À 466 <input type="checkbox"/> ↓ (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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 475) ←	"OUI" À 466 OU 472B AUTRE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 475) ←	"OUI" À 466 OU 472B AUTRE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (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

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____			
474	<p>Quel médicament (NOM) a-t-il pris ?</p> <p>NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> <p>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</p>	<p>ANTIPALUDÉEN</p> <p>SP/FANSIDAR ... A CHLOROQUINE ... B AMODIAQUINE ... C QUININE D MALAXIN E MALARITAB F ARINATE G ARTÉSUNATE ... H MÉFLOQUINE I</p> <p>AUTRE</p> <p>ASPIRINE J PARACETAMOL ... K</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	<p>ANTIPALUDÉEN</p> <p>SP/FANSIDAR ... A CHLOROQUINE ... B AMODIAQUINE ... C QUININE D MALAXIN E MALARITAB F ARINATE G ARTÉSUNATE ... H MÉFLOQUINE I</p> <p>AUTRE</p> <p>ASPIRINE J PARACETAMOL ... K</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	<p>ANTIPALUDÉEN</p> <p>SP/FANSIDAR ... A CHLOROQUINE ... B AMODIAQUINE ... C QUININE D MALAXIN E MALARITAB F ARINATE G ARTÉSUNATE ... H MÉFLOQUINE I</p> <p>AUTRE</p> <p>ASPIRINE J PARACETAMOL ... K</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>			
474A	Est-ce que (NOM) a eu une injection ou un suppositoire pour traiter (la fièvre/les convulsions) ?	<p>INJECTION A SUPPOSITOIRE ... B AUCUN Y NE SAIT PAS Z</p>	<p>INJECTION A SUPPOSITOIRE ... B AUCUN Y NE SAIT PAS Z</p>	<p>INJECTION A SUPPOSITOIRE ... B AUCUN Y NE SAIT PAS Z</p>			
474B	VÉRIFIER 474 : TYPE DE MÉDICAMENT ?	<p>CODE "A" ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p>	<p>CODE "A" PAS ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>(PASSER À 474F)</p>	<p>CODE "A" ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p>	<p>CODE "A" PAS ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>(PASSER À 474F)</p>	<p>CODE "A" ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p>	<p>CODE "A" PAS ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>(PASSER À 474F)</p>
474C	Combien de temps après le début (de la fièvre/des convulsions), (NOM) a-t-il commencé à prendre le SP/Fansidar ?	<p>MEME JOUR 0 LE JOUR SUIVANT ... 1 DEUX JOURS APRÈS . 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE . 3 NE SAIT PAS 8</p>	<p>MEME JOUR 0 LE JOUR SUIVANT ... 1 DEUX JOURS APRÈS . 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE . 3 NE SAIT PAS 8</p>	<p>MEME JOUR 0 LE JOUR SUIVANT ... 1 DEUX JOURS APRÈS . 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE . 3 NE SAIT PAS 8</p>			
474D	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris le SP/Fansidar ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	<p>JOURS <input type="text"/></p> <p>NSP 8</p>	<p>JOURS <input type="text"/></p> <p>NSP 8</p>	<p>JOURS <input type="text"/></p> <p>NSP 8</p>			
474E	Aviez-vous le SP/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 SP/Fansidar la première fois ?	<p>A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8</p>	<p>A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8</p>	<p>A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8</p>			
474F	VÉRIFIER 474 : TYPE DE MÉDICAMENT ?	<p>CODE "B" ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p>	<p>CODE "B" PAS ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>(PASSER À 474J)</p>	<p>CODE "B" ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p>	<p>CODE "B" PAS ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>(PASSER À 474J)</p>	<p>CODE "B" ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p>	<p>CODE "B" PAS ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>(PASSER À 474J)</p>

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
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 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
474H	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris la chloroquine ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS <input type="text"/> NSP 8	JOURS <input type="text"/> NSP 8	JOURS <input type="text"/> NSP 8
474I	Aviez-vous la chloroquine à la maison, ou l'avez-vous obtenue 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 ?	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	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRÈS . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE . 4 NE SAIT PAS 8
474L	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris l'Amodiaquine ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS <input type="text"/> NSP 8	JOURS <input type="text"/> NSP 8	JOURS <input type="text"/> 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)

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
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 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
474P	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris de la quinine ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS <input type="text"/> NSP 8	JOURS <input type="text"/> NSP 8	JOURS <input type="text"/> NSP 8
474Q	Aviez-vous de la quinine à la maison, ou l'avez-vous obtenue auprès d'une autre source ? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu 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) ? Quelque chose d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	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)
474SA	Pour la fièvre de (NOM), combien avez-vous payé au total pour les soins ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT 99995 NSP 99996	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT 99995 NSP 99996	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT 99995 NSP 99996
474T	Est-ce que (NOM) a pris des médicaments contre les parasites intestinaux au cours des 6 derniers mois ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
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

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
477	<p>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 ?</p> <p>SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous offert à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?</p>	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	<p>Lui avez-vous donné l'une des choses suivantes à boire ?</p> <p>a Un liquide préparé à partir d'un sachet qui s'appelle le SRO ?</p> <p>b Un liquide maison recommandé par le gouvernement ?</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON 1 2 8</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON 1 2 8</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON 1 2 8</p>
479	<p>Est-ce que quelque chose (d'autre) a été donné pour traiter la diarrhée ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSER À 481) ← NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSER À 481) ← NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSER À 481) ← NE SAIT PAS 8</p>
480	<p>Qu'a-t-on donné (d'autre) pour traiter la diarrhée ?</p> <p>Quelque chose d'autre ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION B (IV) INTRAVEINEUSE C REMÈDES MAISON/ PLANTES D AUTRE X (PRÉCISER)</p>	<p>COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION B (IV) INTRAVEINEUSE C REMÈDES MAISON/ PLANTES D AUTRE X (PRÉCISER)</p>	<p>COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION B (IV) INTRAVEINEUSE C REMÈDES MAISON/ PLANTES D AUTRE X (PRÉCISER)</p>
481	<p>Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSER À 483) ← </p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSER À 483) ← </p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSER À 483) ← </p>

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE 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>Quelque part ailleurs ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE SANTÉ B POSTE SANTÉ C MATERNITÉ D AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G PHARMACIE H CABINET MÉDICAL I INFIRMIER AMBULANT ... K AUTRE MEDICAL PRIVÉ _____ L (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE BOUTIQUE M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . N AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE SANTÉ B POSTE SANTÉ C MATERNITÉ D AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G PHARMACIE H CABINET MÉDICAL I INFIRMIER AMBULANT ... K AUTRE MEDICAL PRIVÉ _____ L (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE BOUTIQUE M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . N AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE SANTÉ B POSTE SANTÉ C MATERNITÉ D AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G PHARMACIE H CABINET MÉDICAL I INFIRMIER AMBULANT ... K AUTRE MEDICAL PRIVÉ _____ L (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE BOUTIQUE M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . N AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>															
482A	<p>Pour la diarrhée de (NOM), combien avez-vous payé au total pour les soins ?</p>	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> <p>GRATUIT 99995 NSP 99996</p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> <p>GRATUIT 99995 NSP 99996</p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> <p>GRATUIT 99995 NSP 99996</p>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
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>															

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
484	VÉRIFIER 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES : NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2002 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 OU QUESTION NON-POSÉE <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 SRO, par exemple Orasel, que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée ? MONTRER LE SACHET DE SRO.	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
488A	Parfois les enfants ont des maladies sévères et il faut les conduire tout de suite à un établissement de santé. Pour quels symptômes emmèneriez-vous votre enfant à un établissement de santé immédiatement ?	NE PEUT PAS BOIRE OU TÉTER A DEVIENT PLUS MALADE B DÉVELOPPE UNE FIÈVRE C A UNE RESPIRATION RAPIDE D A DES DIFFICULTÉS À RESPIRER E A DU SANG DANS LES SELLES F BOIT DIFFICILEMENT G NE JOUE PLUS H PLEURE SANS CESSER I AUTRE _____ X (PRÉCISER)	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À												
489	<p>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 ?</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE RÉPOND QU'AUUCUN 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 ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>CELA DÉPEND 3</p>													
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 traitement médical, les choses suivantes constituent-t-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> <tr> <td></td> <td>UN</td> <td>PAS UN</td> </tr> <tr> <td></td> <td>GROS</td> <td>GROS</td> </tr> <tr> <td></td> <td>PRO-</td> <td>PRO-</td> </tr> <tr> <td></td> <td>BLÈME</td> <td>BLÈME</td> </tr> </table> <p>OÙ ALLER 1 2</p> <p>PERMISSION 1 2</p> <p>ARGENT 1 2</p> <p>DISTANCE 1 2</p> <p>TRANSPORT 1 2</p> <p>ALLER SEULE 1 2</p> <p>PERSON. FEM. 1 2</p>		UN	PAS UN		GROS	GROS		PRO-	PRO-		BLÈME	BLÈME	
	UN	PAS UN													
	GROS	GROS													
	PRO-	PRO-													
	BLÈME	BLÈME													
491	<p>VÉRIFIER 215 ET 218 :</p> <p>A AU MOINS UN ENFANT NÉ EN 2004 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>_____</p> <p>(NOM)</p>	<p>N'A PAS D'ENFANT NÉ EN 2004 OU APRÈS <input type="checkbox"/> → 495 ET VIVANT AVEC ELLE</p>													
492	<p>Maintenant, je voudrais vous demander quel 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>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>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>												

NO.	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 Riz, maïs, mil, sorgho, bouillie ou 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, patates douces blanches ou autre tubercules/racines locales ?]</p> <p>d N'importe quel légume à feuilles vertes ?</p> <p>e Mangue, papaye ?</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 légumineuses [par ex : lentilles, haricots, soja, 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	Combien de repas vous consommez habituellement par jour ?	NOMBRE DE REPAS <input type="text"/>	
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	<input type="checkbox"/> → 501
498	Dans les dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumées ?	CIGARETTES <input type="text"/>	

SECTION 5. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
501	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariée?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME 2 NON, PAS EN UNION 3	<input type="checkbox"/> → 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	<input type="checkbox"/> → 510 <input type="checkbox"/> → 518
503	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE 1 DIVORCÉE 2 SÉPARÉE 3	<input type="checkbox"/> → 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"/> <input type="text"/>	
506	Quel âge avait votre mari/partenaire à son dernier anniversaire?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <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	<input type="checkbox"/> → 510
508	En vous comptant, combien d'épouses ou partenaires votre mari a-t-il actuellement?	NOMBRE D'ÉPOUSES <input type="text"/> <input type="text"/> ET DE PARTENAIRE NSP 98	
509	Êtes-vous la première, deuxième,.....épouse?	RANG <input type="text"/> <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/A VÉCU <input type="checkbox"/> MARIÉE/A VÉCU <input type="checkbox"/> AVEC 1 HOMME AVEC 1 HOMME SEULEMENT UNE FOIS SEULEMENT UNE FOIS ↓ ↓ En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/partenaire? 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"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	<input type="checkbox"/> → 513
512	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui?	ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/>	
513	VÉRIFIER 503: L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ACTUELLEMENT VEUVE? PAS POSÉE OU <input type="checkbox"/> PAS VEUVE PAS VEUVE ↓ VEUVE <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> → 516

No.	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 précédente union/mariage?	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 AUTRE ÉPOUSE 2 ENFANTS DE L'ÉPOUX 3 FAMILLE DE L'ÉPOUX 4 AUTRE 5 (PRÉCISER) AUCUN BIEN 6	→ 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 environ 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 ... JOURS 1 IL Y A ... SEMAINES 2 IL Y A ... MOIS 3 IL Y A ... 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"/> → 539

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
526A	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Mais d'abord, je voudrais vous assurer de nouveau que toutes vos réponses sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne vouliez pas répondre, dites-moi et je passerai à la question suivante.			
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 ENQUÊTÉE .. 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE .. 04 PROFESSIONNEL DU SEXE 05 AUTRE 96 (PRÉCISER)	MARI 01 (PASSER À 537) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE .. 02 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE .. 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE .. 04 PROFESSIONNEL DU SEXE 05 AUTRE 96 (PRÉCISER)	MARI 01 (PASSER À 538) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE .. 02 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE .. 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE .. 04 PROFESSIONNEL DU SEXE 05 AUTRE 96 (PRÉCISER)
532	Depuis combien de temps avez-vous 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"/> MOIS ... 2 <input type="text"/> ANNÉES .. 3 <input type="text"/>	JOURS .. 1 <input type="text"/> MOIS ... 2 <input type="text"/> ANNÉES .. 3 <input type="text"/>	JOURS .. 1 <input type="text"/> MOIS ... 2 <input type="text"/> ANNÉES .. 3 <input type="text"/>
533	VÉRIFIER 106 :	15-24 ANS 25-49 ANS <input type="checkbox"/> (PASSER À 537) ←	15-24 ANS 25-49 ANS <input type="checkbox"/> (PASSER À 537) ←	15-24 ANS 25-49 ANS <input type="checkbox"/> (PASSER À 538) ←
534	Quel âge a cette personne?	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> (PASSER À 537) ← NSP 98	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> (PASSER À 537) ← NSP 98	ÂGE DU PARTENAIRE <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) personne(s) 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 539) ←	OUI 1 (RETOUR À 527) ← À LA COL.SUIVANTE) NON 2 (PASSER À 539) ←	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
546	Si vous le voulez, pouvez-vous vous procurer un condom?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8	
547	VÉRIFIER 527 TOUTES LES COLONNES : AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓	AUTRE <input type="checkbox"/> →	601
548	Où avez-vous obtenu les condoms la dernière fois ? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 11 CENTRE DE SANTÉ 12 POSTE DE SANTE 13 CLINIQUE PF 14 AGENT COMMUNAUTAIRE 15 AUTRE PUBLIC 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ 21 PHARMACIE 22 AMO-CONGO 23 AGENT DE SANTÉ 24 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL 26 (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE 31 BAR/BOITE DE NUIT 32 KIOSQUE 33 TABLIER 34 AMIS/CONNAISSANCES/PARENTS 35 HOTEL/MOTEL 36 PARTENAIRE AVAIT LE CONDOM 41 AUTRE 96 (PRÉCISER) NSP 98	

SECTION 6. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
601	VÉRIFIER 311/311A : NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→ 614								
602	VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants du tout ?	ENCEINTE <input type="checkbox"/> Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autres enfants du tout?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ... 1 PAS D'AUTRE DU TOUT/AUCUN ... 2 → 604 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 3 → 614 INDÉCISE/NE SAIT PAS : ET ENCEINTE 4 → 610 ET PAS ENCEINTE/PAS SÛRE ... 5 → 608								
603	VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant ?	ENCEINTE <input type="checkbox"/> Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉES 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> BIENTÔT/MAINTENANT 993 → 609 DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 994 → 614 APRÈS MARIAGE 995 AUTRE 996 → 609 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 998								
604	VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→ 610								
605	VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE ? NON POSÉE <input type="checkbox"/> N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>		→ 608								
606	VÉRIFIER 603 : 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"/>		→ 610								

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
607	<p>VÉRIFIER 602 :</p> <p>VEUT UN/UN AUTRE ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>Vous avez dit que, dans l'immédiat, vous ne vouliez pas avoir (un/un autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse.</p> <p>Pouvez-vous me dire pourquoi ?</p> <p>Autre raison ?</p> <p>NE VEUT PAS D'(AUTRE) ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>Vous avez dit que vous ne vouliez pas d'(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 êtes enceinte, cela serait-il un problème important, un petit problème ou cela ne vous poserait-il aucun problème ?</p>	<p>PROBLÈME IMPORTANT 1</p> <p>PETIT PROBLÈME 2</p> <p>AUCUN PROBLÈME 3</p> <p>DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE/ N'A PAS DE RAPPORTS SEXUELS ... 4</p>	
609	<p>VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE ?</p> <p>NON POSÉE <input type="checkbox"/></p> <p>N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p> <p>UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 614</p>
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>	<p>→ 612</p>
611	<p>Quelle méthode préféreriez-vous utiliser ?</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE 01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE 02</p> <p>PILULE 03</p> <p>DIU 04</p> <p>INJECTIONS 05</p> <p>IMPLANTS 06</p> <p>CONDOM 07</p> <p>CONDOM FÉMININ 08</p> <p>DIAPHRAGME 09</p> <p>COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE 10</p> <p>CONTINENCE PÉRIODIQUE 12</p> <p>RETRAIT 13</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>PAS SÛRE 98</p>	<p>→ 614</p>

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
612	Quelle est la raison principale pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez pas de méthode contraceptive dans un avenir proche ou lointain ?	NON MARIÉE 11 RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ PAS DE RAP. SEXUELS/RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS 22 MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE 23 SOUS-FÉCONDE/STÉRILE ... 24 VEUT AUTANT D'ENFANTS QUE POSSIBLE 26 OPPOSITION À L'UTILISATION ENQUÊTÉE OPPOSÉE 31 MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ 32 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES 33 INTERDITS RELIGIEUX 34 MANQUE DE CONNAISSANCE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE 41 CONNAÎT AUCUNE SOURCE 42 RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES PROBLÈMES DE SANTÉ 51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES 52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN 53 TROP CHER 54 PAS PRATIQUE À UTILISER ... 55 INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NORMALES DU CORPS ... 56 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	→ 614
613	Utiliserez-vous une méthode si vous étiez mariée ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
614	VÉRIFIER 216 : A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> N'A PAS DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> Si vous pouviez revenir à l'époque ou vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ? Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir ? INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.	PAS D'ENFANT 00 NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	→ 616 → 616
615	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles, et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?	GARÇONS FILLES N'IMPORTE NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
616	Diriez-vous que vous approuvez ou que vous désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter de tomber enceinte ?	APPROUVE 1 DÉSAAPPROUVE 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8	
617	Au cours des derniers mois, avez-vous entendu parler de planification familiale : À la radio ? À la télévision ? Dans des journaux ou magazines ?	OUI NON RADIO 1 2 TÉLÉVISION 1 2 JOURNAUX OU MAGAZINES ... 1 2	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																				
619	Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la pratique de la planification familiale avec vos amis ou amies, vos voisins ou voisines ou vos parents ou parentes ?	OUI 1 NON 2	→ 621																				
620	Avec qui en avez-vous discuté ? Quelqu'un d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MARI/PARTENAIRE A MÈRE B PÈRE C SOEUR(S) D FRÈRE(S) E FILLE(S) F FILS G BELLE-MÈRE(S) H AMI(E)(S)/VOISIN(E)(S) I AUTRE X (PRÉCISER)																					
621	VÉRIFIER 501 : OUI, ACTUEL-LEMENT MARIÉE <input type="checkbox"/> OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 628																				
622	VÉRIFIER 311/311A : UN CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> PAS DE CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>		→ 624																				
623	Vous avez dit que vous utilisez actuellement une méthode de contraception. Voudriez-vous me dire que l'utilisation de cette méthode est principalement votre propre décision, ou celle de votre mari/partenaire, ou une décision commune de vous deux ?	DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE 2 DÉCISION COMMUNE 3 AUTRE 6 (PRÉCISER)																					
624	Maintenant je voudrais vous demander les opinions de votre mari/partenaire en matière de planification familiale. Pensez-vous que votre mari/partenaire approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse ?	APPROUVE 1 DÉSAPPROUVE 2 NE SAIT PAS 8																					
625	Combien de fois, au courant de l'année passée, avez-vous parlé de la planification familiale avec votre mari/partenaire ?	JAMAIS 1 UNE OU DEUX FOIS 2 PLUS SOUVENT 3																					
626	VÉRIFIER 311/311A : NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→ 628																				
627	Pensez-vous que votre mari/partenaire veut le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage que vous ou en veut moins que vous ?	MÊME NOMBRE 1 PLUS D'ENFANTS 2 MOINS D'ENFANTS 3 NE SAIT PAS 8																					
628	Le mari et la femme ne sont pas toujours d'accord sur tout. S'il vous plaît, dites-moi si vous pensez qu'il est légitime qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand : Elle sait que son mari a une maladie sexuellement transmissible ? Elle sait que son mari a des rapports sexuels avec des femmes autres que ses épouses ? Elle a accouché récemment ? Elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur à ça ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">OUI</td> <td style="text-align: right;">NON</td> <td style="text-align: right;">NSP</td> </tr> <tr> <td>IL A UNE MST</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td>ACCOUCHE. RÉCENT</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td>FATIGUÉE/PAS HUMEUR</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> </table>		OUI	NON	NSP	IL A UNE MST	1	2	8	AUTRES FEMMES	1	2	8	ACCOUCHE. RÉCENT	1	2	8	FATIGUÉE/PAS HUMEUR	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																				
IL A UNE MST	1	2	8																				
AUTRES FEMMES	1	2	8																				
ACCOUCHE. RÉCENT	1	2	8																				
FATIGUÉE/PAS HUMEUR	1	2	8																				
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																					

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
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

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
701	VÉRIFIER 501 ET 502 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	→ 707
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, ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 2 SUPÉRIEUR 3 NE SAIT PAS 8	→ 706
705	Quelle est la dernière (année/classe) qu'il a achevée à ce niveau ?	CLASSE/ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
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"/> _____ _____ _____	
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 (était) votre occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail faites-vous (faisiez-vous) principalement ?	<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	

NO.	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 QUELQU'UN D'AUTRE 4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE ENSEMBLE 5	
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 ANS 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 se dispute 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 SE DISPUTE 1 2 8 REFUSER SEX. 1 2 8 BRÛLER NOUR. 1 2 8	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
722	Avez-vous été malade au cours des deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2	→ 726
723	Avez-vous reçu des soins médicaux ?	OUI 1 NON 2	→ 725
724	Combien avez-vous payé pour les soins médicaux (consultations, médicaments, etc.)?	MONTANT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT 99995 NSP 99996	→ 726
725	Pourquoi vous n'avez pas reçu de soins médicaux ? Autre raison ? ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES	COÛT ÉLEVÉ A DISTANCE B PERSONNEL DE SANTÉ PAS ACCUEILLANT C AUTRE X (PRÉCISER)	
726	Connaissez-vous la maladie dénommée "fistule" c'est-à-dire, la maladie qui fait que la femme perd de l'urine et/ou défèque continuellement ?	OUI 1 NON 2	→ 801
726A	Selon vous, quelle est la principale cause de cette maladie ?	ACCOUCHEMENT 1 INTERV. CHIRURGICALE 2 TRAUMATISME 3 NE SAIT PAS 8	
727	Connaissez-vous (souffrez-vous) actuellement de pertes d'urines et/ou de selles par le vagin en dehors des "mictions/défécations" ?	OUI 1 NON 2	→ 729
728	Avez-vous déjà connu (souffert) de pertes d'urines et/ou de selles par le vagin en dehors des mictions /défécations ?	OUI 1 NON 2	→ 801
729	Comment cela est-il arrivé ?	APRÈS ACCOUCHEMENT 1 APRÈS AGRSSIONS SEXUELLES ... 2 APRÈS INTERVENTION CHIRURGICALE 3 AUTRE 6 (PRÉCISER)	→ 731
730	Vous avez dit que cela est arrivé après un accouchement. Était-ce à votre 1er, 2ème, 3ème ... accouchement ?	RANG ACCOUCHEMENT ... <input type="text"/> <input type="text"/>	
731	Quel âge aviez-vous au moment où cela vous est arrivé (pour la première fois) ?	ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 98	
732	Avez-vous reçu (suivez-vous actuellement) un traitement ?	OUI 1 NON 2	

SECTION 8. SIDA ET AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

No.	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	→ 850
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 ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST CITÉ	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 PARTENAIRES F ÉVITER SEX. AVEC HOMOSEXUELS . G ÉVITER SEX. AVEC PERS. QUI S'INJECTENT DES DROGUES H ÉVITER TRANSFUSION SANGUINE I ÉVITER LES INJECTIONS J ÉVITER PARTAGER LAMES/RASOIRS 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	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																
811	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère 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> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td></td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NE SAIT PAS</td> <td></td> <td></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> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td></td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NE SAIT PAS</td> <td></td> <td></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 2005 <input type="checkbox"/> ↓	<table> <tbody> <tr> <td>AUCUNE NAISSANCE</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>→</td> <td>824</td> </tr> <tr> <td>DERNIÈRE NAISSANCE AVANT JANVIER 2005</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>→</td> <td>824</td> </tr> </tbody> </table>	AUCUNE NAISSANCE	<input type="checkbox"/>	→	824	DERNIÈRE NAISSANCE AVANT JANVIER 2005	<input type="checkbox"/>	→	824									
AUCUNE NAISSANCE	<input type="checkbox"/>	→	824																
DERNIÈRE NAISSANCE AVANT JANVIER 2005	<input type="checkbox"/>	→	824																
816	VÉRIFIER 407 : A VU QUELQU'UN POUR DES SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> ↓ N'A VU PERSONNE <input type="checkbox"/> →		824																
817	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre dernière naissance. Vous m'avez dit que vous avez vu quelqu'un pour des soins prénatals durant cette grossesse. 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> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td></td> <td>2</td> <td></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> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td></td> <td>2</td> <td></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> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td></td> <td>2</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	OUI	1			NON		2										
OUI	1																		
NON		2																	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
821	<p>Où avez-vous effectué le test ?</p> <p>SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL 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>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL 11</p> <p>CENTRE/POSTE DE SANTÉ 12</p> <p>CENTRE CDV AUTONOME 13</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL 14</p> <p>CENTRE CDV MOBILE 15</p> <p>CTA 16</p> <p>AUTRE PUBLIC 17</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/POLYCLINIQUE/ MÉDECIN PRIVÉ 21</p> <p>CENTRE CDV MOBILE 22</p> <p>CTA 23</p> <p>CENTRE D'ENCADREMENT DE JEUNES 24</p> <p>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ 26</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
822	Avez-vous effectué un autre test du sida depuis que vous avez été testée pendant votre grossesse ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 825
823	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois ?	<p>IL Y A MOINS DE 12 MOIS 1</p> <p>ENTRE 12 ET 23 MOIS 2</p> <p>IL Y A 2 ANS OU PLUS 3</p>	→ 831
824	Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le sida ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 829
825	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois ?	<p>IL Y A MOINS DE 12 MOIS 1</p> <p>ENTRE 12 ET 23 MOIS 2</p> <p>IL Y A 2 ANS OU PLUS 3</p>	
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 ?	<p>TEST DEMANDÉ 1</p> <p>TEST PROPOSÉ ET ACCEPTÉ 2</p> <p>TEST IMPOSÉ 3</p>	
827	Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous obtenu les résultats du test ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
828	<p>Où avez-vous effectué le test ?</p> <p>SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL 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>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL 11</p> <p>CENTRE/POSTE DE SANTÉ 12</p> <p>CENTRE CDV AUTONOME 13</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 14</p> <p>CENTRE CDV MOBILE 15</p> <p>CTA 16</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ 17</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/POLYCLINIQUE/</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ 21</p> <p>CENTRE CDV MOBILE 22</p> <p>CTA 23</p> <p>CENTRE D'ENCADREMENT</p> <p>DE JEUNES 24</p> <p>AUTRE MÉDICAL</p> <p>PRIVÉ _____ 26</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p>→ 831</p>
829	<p>Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour effectuer le test du virus qui cause le sida ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>→ 831</p>
830	<p>Où est-ce ?</p> <p>SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL 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 A</p> <p>CENTRE/POSTE DE SANTÉ B</p> <p>CENTRE CDV AUTONOME C</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... D</p> <p>CENTRE CDV MOBILE E</p> <p>CTA F</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ G</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/POLYCLINIQUE/</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ H</p> <p>CENTRE CDV MOBILE I</p> <p>CTA J</p> <p>CENTRE D'ENCADREMENT</p> <p>DE JEUNES K</p> <p>AUTRE MÉDICAL</p> <p>PRIVÉ _____ L</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
831	<p>Est-ce que vous achèteriez des légumes frais chez un marchand ou chez un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
832	<p>Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non ?</p>	<p>OUI, RESTE SECRET 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8</p>	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
833	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, seriez vous prêt à prendre soin de lui/d'elle dans votre propre ménage ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
834	Si une enseignante a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade, est-ce qu'elle devrait être autorisée ou non à continuer à enseigner à l'école ?	AUTORISÉE À ENSEIGNER 1 PAS AUTORISÉE À ENSEIGNER 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
835	Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé des 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 CONNAÎT PERSONNE AYANT SIDA ... 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	
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	
838	VÉRIFIER 835, 836 ET 837 : AUCUN <input type="checkbox"/> 'OUI' ↓	AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' →	→ 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	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
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 NE SAIT PAS/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 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
850	VÉRIFIER 801: ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> DU SIDA PAS ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> DU SIDA 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 ?	OUI 1 NON 2	→ 853
851	Quand un homme a une infection sexuellement transmissible, quels symptômes peut-il avoir ? Y a t-il d'autres symptômes ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	DOULEUR ABDOMINALE A ÉCOULEMENT GÉNITAL B ÉCOULEMENT MALODORANT C BRÛLURE EN URINANT D ROUGEUR/INFLAMMATION DANS PARTIE GÉNITALE E GONFLEMENT DES ZONE GÉNIT... F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL G VERRUES GÉNITALES H DÉMANGEAISONS GÉNITALES I SANG DANS LES URINES J PERTE DE POIDS K IMPUISSANCE L AUTRE _____ W (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER) PAS DE SYMPTÔME Y NE SAIT PAS Z	
852	Quand une femme a une infection sexuellement transmissible, quels symptômes peut-elle avoir ? Y a t-il d'autres symptômes ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	DOULEUR ABDOMINALE A PERTES VAGINALES B PERTES MALODORANTES C BRÛLURE EN URINANT D ROUGEUR/INFLAMMATION DANS PARTIE GÉNITALE E GONFLEMENT DE LA ZONE GÉNIT... F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL G VERRUES GÉNITALES H DÉMANGEAISONS GÉNITALES I SANG DANS LES URINES J PERTE DE POIDS K DIFFICULTÉ POUR TOMBER ENCEINTE/AVOIR UN ENFANT L AUTRE _____ W (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER) PAS DE SYMPTÔME Y NE SAIT PAS Z	

No.	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 (AU MOINS 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	→ 861
860	Où êtes-vous allée ? Y a-t-il un autre endroit ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE/POSTE DE SANTÉ B CTA C CENTRE IST D CLINIQUE PF E AGENT COMMUNAUTAIRE F MATERNITÉ G AUTRE PUBLIC H (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE/HÔPITAL/MÉDECIN PRIVÉ I MATERNITÉ J PHARMACIE K CTA L AGENT DE SANTÉ M AUTRE MÉDICAL PRIVÉ N (PRÉCISER) AUTRE SOURCE GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ... Q BOUTIQUE R AUTRE X (PRÉCISER)	
861	La dernière fois que vous avez eu (PROBLÈME MENTIONNÉ À 855/856/857), est-ce que votre partenaire a recherché un conseil ou un traitement ?	OUI 1 NON 2 PARTENAIRE NON-INFORMÉ 3 NSP 8	→ 901 → 901 → 901

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
862	<p>Où est-il allé ?</p> <p>Y a-t-il un autre endroit ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL A</p> <p>CENTRE/POSTE DE SANTÉ B</p> <p>CTA C</p> <p>CENTRE IST D</p> <p>CLINIQUE PF E</p> <p>AGENT COMMUNAUTAIRE F</p> <p>MATERNITÉ G</p> <p>AUTRE PUBLIC H (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE/HÔPITAL/MÉDECIN</p> <p>PRIVÉ I</p> <p>MATERNITÉ J</p> <p>PHARMACIE K</p> <p>CTA L</p> <p>AGENT DE SANTÉ M</p> <p>AUTRE MÉDICAL</p> <p>PRIVÉ N (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ... Q</p> <p>BOUTIQUE R</p> <p>AUTRE X (PRÉCISER)</p>	

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

904	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le/la plus âgé(e) (ou suivant) ?	[1] _____	[2] _____	[3] _____	[4] _____	[5] _____	[6] _____
905	(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
906	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 908 NSP ... 8 ALLER À [2]	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 908 NSP ... 8 ALLER À [3]	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 908 NSP ... 8 ALLER À [4]	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 908 NSP ... 8 ALLER À [5]	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 908 NSP ... 8 ALLER À [6]	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 908 NSP ... 8 ALLER À [7]
907	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7]
908	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
909	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant l'âge de douze ans ? SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [7]
910	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2
911	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2
912	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2
913	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7]
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À 1001							

904	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le plus âgé (ou suivant) ?	[7] _____	[8] _____	[9] _____	[10] _____	[11] _____	[12] _____
905	(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
906	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLER À 908 ← NSP 8 ALLER À [8] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 908 ← NSP 8 ALLER À [9] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 908 ← NSP 8 ALLER À [10] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 908 ← NSP 8 ALLER À [11] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 908 ← NSP 8 ALLER À [12] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 908 ← NSP 8 ALLER À [13] ←
907	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]
908	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
909	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant l'âge de douze ans ? SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [13]
910	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2
911	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 ← NON ... 2
912	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2
913	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	<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 AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À 1001							

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1005	5A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari/partenaire :	5B. Combien de fois cela s'est-il produit au cours des 12 derniers mois ?	
	a)- vous bouscule, secoue, ou jette quelque chose contre vous ? OUI 1 → NON..... 2 ↓	a) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SÉPARÉE 95	
	b)- vous gifle ou torde le bras ? OUI 1 → NON..... 2 ↓	b) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SÉPARÉE 95	
	c)- vous frappe à coup de poing ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ? OUI 1 → NON..... 2 ↓	c) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SÉPARÉE 95	
	d)- vous donne des coups de pied ou vous traîne à terre ? OUI 1 → NON..... 2 ↓	d) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SÉPARÉE 95	
	e) essaye de vous étrangler ou de vous brûler ? OUI 1 → NON..... 2 ↓	e) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SÉPARÉE 95	
	f)- vous menace avec un couteau, un pistolet ou un autre type d'arme ? OUI 1 → NON..... 2 ↓	f) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SÉPARÉE 95	
	g)- vous attaque avec un couteau, un pistolet ou un autre type d'arme ? OUI 1 → NON..... 2 ↓	g) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SÉPARÉE 95	
	h)- vous force physiquement à avoir des rapports sexuels même quand vous ne vouliez pas ? OUI 1 → NON..... 2 ↓	h) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SÉPARÉE 95	
	i)- vous force à pratiquer d'autres types d'actes sexuels que vous ne vouliez pas ? OUI 1 → NON..... 2 ↓	i) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SÉPARÉE 95	
1006	Est-ce que votre (dernier) mari/partenaire/ boit (buvait) de l'alcool ?	OUI 1 NON 2	→ 1008
1007	Est-ce qu'il lui arrive (est arrivé) d'être ivre très souvent, seulement quelques fois ou jamais ?	TRÈS SOUVENT 1 QUELQUES FOIS 2 JAMAIS 3	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À		
1008	<p>VÉRIFIEZ 1003 :</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME/SEPARÉE DIVORCÉE/VEUVE <input type="checkbox"/></p> <p>Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre que votre (actuel/dernier) mari/partenaire vous a battu, giflé, donné des coups de pied ou fait quelque chose afin de vous agresser physiquement ?</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS ÉTÉ EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>Depuis l'âge de 15 ans, est ce que quelqu'un vous a battu, giflé, donné des coups de poing ou fait quelque chose afin de vous agresser physiquement ?</p> </td> </tr> </table>	<p>MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME/SEPARÉE DIVORCÉE/VEUVE <input type="checkbox"/></p> <p>Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre que votre (actuel/dernier) mari/partenaire vous a battu, giflé, donné des coups de pied ou fait quelque chose afin de vous agresser physiquement ?</p>	<p>JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS ÉTÉ EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>Depuis l'âge de 15 ans, est ce que quelqu'un vous a battu, giflé, donné des coups de poing ou fait quelque chose afin de vous agresser physiquement ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>PAS DE RÉPONSE 3</p>	<p>→ 1011</p>
<p>MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME/SEPARÉE DIVORCÉE/VEUVE <input type="checkbox"/></p> <p>Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre que votre (actuel/dernier) mari/partenaire vous a battu, giflé, donné des coups de pied ou fait quelque chose afin de vous agresser physiquement ?</p>	<p>JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS ÉTÉ EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>Depuis l'âge de 15 ans, est ce que quelqu'un vous a battu, giflé, donné des coups de poing ou fait quelque chose afin de vous agresser physiquement ?</p>				
1008A	<p>Qui vous a agressée physiquement de cette façon ?</p> <p>INSISTER : Quelqu'un d'autre ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MERE A</p> <p>PERE B</p> <p>NOUV. FEMME DE VOTRE PERE C</p> <p>NOUV. MARI/PARTENAIRE DE VOTRE MERE D</p> <p>SCEUR E</p> <p>FRERE F</p> <p>FILLE G</p> <p>FILS H</p> <p>EX MARI /EX PARTENAIRE I</p> <p>AMI/PARTEN. SEXUEL ACTUEL J</p> <p>EX AMI/EX PARTEN. SEXUEL K</p> <p>BELLE MERE (MERE DU MARI) L</p> <p>BEAU PERE (PERE DU MARI) M</p> <p>AUTR. PARENTES PAR ALLIANCE N</p> <p>AUTR. PARENTS PAR ALLIANCE O</p> <p>AMIES/FEMMES DE RENCONTRE P</p> <p>AMIS/HOMMES DE RENCONTRE Q</p> <p>PROFESSEUR R</p> <p>EMPLOYEUR S</p> <p>ETRANGER T</p> <p>POLICIER/SOLDAT U</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISER)</p>			
1008B	<p>VÉRIFIER 1008A :</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>PLUS D'UNE PERSONNE MENTIONNÉE <input type="checkbox"/></p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>SEULEMENT UNE PERSONNE MENTIONNÉE <input type="checkbox"/></p> </td> </tr> </table>	<p>PLUS D'UNE PERSONNE MENTIONNÉE <input type="checkbox"/></p>	<p>SEULEMENT UNE PERSONNE MENTIONNÉE <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 1010</p>
<p>PLUS D'UNE PERSONNE MENTIONNÉE <input type="checkbox"/></p>	<p>SEULEMENT UNE PERSONNE MENTIONNÉE <input type="checkbox"/></p>				
1009	<p>Quelle est la personne qui vous a le plus souvent battue, giflée, donné des coups de pied ou fait quelque chose pour vous agresser physiquement ?</p>	<p>MERE 01</p> <p>PERE 02</p> <p>NOUV. FEMME DE VOTRE PERE 03</p> <p>NOUV. MARI/PARTENAIRE DE VOTRE MERE 04</p> <p>SCEUR 05</p> <p>FRERE 06</p> <p>FILLE 07</p> <p>FILS 08</p> <p>EX MARI /EX PARTENAIRE 09</p> <p>AMI/PARTEN. SEXUEL ACTUEL 10</p> <p>EX AMI/EX PARTEN. SEXUEL 11</p> <p>BELLE MERE (MERE DU MARI) 12</p> <p>BEAU PERE (PERE DU MARI) 13</p> <p>AUTR. PARENTES PAR ALLIANCE 14</p> <p>AUTR. PARENTS PAR ALLIANCE 15</p> <p>AMIES/FEMMES DE RENCONTRE 16</p> <p>AMIS/HOMMES DE RENCONTRE 17</p> <p>PROFESSEUR 18</p> <p>EMPLOYEUR 19</p> <p>ETRANGER 20</p> <p>POLICIER/SOLDAT 21</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>			

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																
1010	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois cette personne vous a battue, giflée, donné des coups de pied ou vous a fait autre chose pour vous agresser physiquement ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE 95																	
1011	VÉRIFIER Q201, Q226 ET Q229 : NAISSANCES VIVANTES, ÉTAT DE GROSSESSE ET NAISSANCES NON VIVANTES A EU AU MOINS UNE GROSSESSE <input type="checkbox"/>	JAMAIS EU DE GROSSESSE [Q201 = 2, Q226 = (2 ou 8) ET Q229 = 2] <input type="checkbox"/>	1014																
1012	Est-ce qu'il est déjà arrivé que quelqu'un vous batte, gifle, donne des coups de pied ou fasse quelque chose pour vous agresser physiquement pendant (une/cette) grossesse ?	OUI 1 NON 2	1014																
1013	Qui était la personne qui vous a agressé physiquement au cours d'une grossesse ? Quelqu'un d'autre? ENCERCLER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MARI/PARTENAIRE ACTUEL A MERE B PERE C NOUV. FEMME DE VOTRE PERE D NOUV. MARI/PARTENAIRE DE VOTRE MERE E SCEUR F FRERE G FILLE H FILS I EX MARI /EX PARTENAIRE J AMI/PARTEN. SEXUEL ACTUEL K EX AMI/EX PARTEN. SEXUEL L BELLE MERE (MERE DU MARI) M BEAU PERE (PERE DU MARI) N AUTR. PARENTES PAR ALLIANCE O AUTR. PARENTS PAR ALLIANCE P AMIES/FEMMES DE RENCONTRE Q AMIS/HOMMES DE RENCONTRE R PROFESSEUR S EMPLOYEUR T ETRANGER U POLICIER/SOLDAT V AUTRE X (PRÉCISER)																	
REMERCIER ENCORE L'ENQUÊTÉE POUR SA COOPÉRATION ET RASSUREZ-LA À PROPOS DE LA CONFIDENTIALITÉ DE SES RÉPONSES. RÉPONDRE AUX QUESTIONS CI-DESSOUS SEULEMENT PAR RAPPORT À LA PARTIE DE L'INTERVIEW CONCERNANT LES VIOLENCES DOMESTIQUES.																			
1014	AVEZ-VOUS EU À INTERROMPRE L'INTERVIEW PARCE QUE L'UNE DES PERSONNES LISTÉES ESSAYAIT D'ÉCOUTER OU EST VENUE DANS LA PIÈCE OU A ESSAYÉ D'INTERVENIR DE N'IMPORTE QUELLE AUTRE FAÇON ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI 1 FOIS</th> <th>OUI, PLUS 1 FOIS</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MARI.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRES ADULTES HOMMES..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ADULTES FEMMES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		OUI 1 FOIS	OUI, PLUS 1 FOIS	NON	MARI.....	1	2	3	AUTRES ADULTES HOMMES..	1	2	3	ADULTES FEMMES.....	1	2	3	
	OUI 1 FOIS	OUI, PLUS 1 FOIS	NON																
MARI.....	1	2	3																
AUTRES ADULTES HOMMES..	1	2	3																
ADULTES FEMMES.....	1	2	3																
1015	COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE SI LES QUESTIONS 1003 À 1014 N'ONT PU ÊTRE POSÉES, EXPLIQUER LES RAISONS _____ _____ _____																		
1016	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 DE LA CONTRÔLEUSE

NOM DE LA CONTRÔLEUSE : _____ DATE : _____

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE : _____ DATE : _____