

COTE D'IVOIRE

INSTITUT NATIONAL DE
LA STATISTIQUE

MINISTRE DELEGUE AUPRES DU PREMIER
MINISTRE, CHARGE DE L'ECONOMIE,
DES FINANCES ET DU PLAN

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE
QUESTIONNAIRE FEMME

IDENTIFICATION	
NOM DU DEPARTEMENT _____	<input type="text"/>
NOM DE LA SOUS-PREFECTURE _____	<input type="text"/>
DISTRICT DE RECENSEMENT _____	<input type="text"/>

N° DE LA GRAPPE.....	<input type="text"/>
N° DE LA STRUCTURE.....	<input type="text"/>
N° DU MENAGE.....	<input type="text"/>
URBAIN/RURAL (urbain=1, rural=2).....	<input type="text"/>
GRANDE VILLE = 1	<input type="text"/>
PETITE VILLE = 2	<input type="text"/>
CAMPAGNE = 3	<input type="text"/>
NOM DU CHEF DE MENAGE _____	<input type="text"/>
NOM ET NUMERO DE LIGNE DE LA FEMME _____	<input type="text"/>

VISITES D'ENQUETRIXE				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE				JOUR <input type="text"/>
				MOIS <input type="text"/>
				ANNEE 9 <input type="text"/> 4 <input type="text"/>
NOM DE L'ENQUETRIXE				NOM <input type="text"/>
RESULTAT*				RESULTAT <input type="text"/>
PROCHAINE VISITE:	DATE			NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="text"/>
	HEURE			
*CODES RESULTAT: 1 ENTIEREMENT REMPLI 5 PARTIELLEMENT REMPLI 2 PAS A LA MAISON 6 INCAPABLE DE REpondre 3 DIFFERE 7 AUTRE _____ 4 REFUSE (PRECISER)				

LANGUE DE L'INTERVIEW _____	<input type="text"/>
UN INTERPRETE A ETE UTILISE POUR L'INTERVIEW	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

NOM	CONTROLE TERRAIN	CONTROLE BUREAU	SAISI PAR	SAISI PAR <input type="text"/>
DATE				

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
112	Avez-vous l'habitude de lire un journal ou un magazine, au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	
113	Avez-vous l'habitude d'écouter la radio, au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	
114	Avez-vous l'habitude de regarder la télévision, au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	
115	Quelle est votre religion?	CATHOLIQUE.....1 PROTESTANT.....2 ISLAM.....3 TRADITIONNELLE.....4 SANS RELIGION.....5 AUTRE _____ 6 (PRECISER)	
116	Quelle est votre ethnie?	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
117	VERIFIER Q.4 DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE L'ENQUETEE N'EST PAS RESIDENTE <input type="checkbox"/> L'ENQUETEE EST RESIDENTE <input type="checkbox"/> → 201		
118	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur l'endroit où vous vivez habituellement. Vivez-vous habituellement dans une grande ville, dans une petite ville ou à la campagne ?	GRANDE VILLE.....1 PETITE VILLE.....2 A LA CAMPAGNE.....3	
119	Dans quel département habité vous?	_____ (NOM DU DEPARTEMENT)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
120	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur le ménage dans lequel vous vivez habituellement. D'où provient l'eau que votre ménage utilise pour se laver les mains et pour laver la vaisselle?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....11 → 122 ROBINET PUBLIC.....12 EAU DE PUIITS PUIITS DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....21 → 122 PUIITS PUBLIC.....22 EAU DE SURFACE SOURCE.....31 RIVIERE/RUISSEAU.....32 MARE/LAC.....33 BARRAGE.....34 EAU DE PLUIE.....41 → 122 CAMION CITERNE.....51 EAU EN BOUTEILLE.....61 → 122 AUTRE _____ 71 (PRECISER)	
121	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir?	MINUTES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SUR PLACE.....996	
121A	A combien de mètres de votre maison se trouve l'endroit où vous vous procurez l'eau?	METRES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SUR PLACE.....9996	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
122	Pour boire, votre ménage utilise-t-il l'eau de la même origine?	OUI.....1 NON.....2	124
123	D'où provient l'eau que boivent les membres de votre ménage?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....11 ROBINET PUBLIC.....12 EAU DE PUIITS DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....21 EAU DE PUIT PUBLIC.....22 EAU DE SURFACE SOURCE.....31 RIVIERE/RUISSEAU.....32 MARE/LAC.....33 BARRAGE.....34 EAU DE PLUIE.....41 CAMION CITERNE.....51 EAU EN BOUTEILLE.....61 AUTRE.....71 (PRECISER)	
124	Quel genre de toilettes y a-t-il dans votre ménage?	CHASSE D'EAU CHASSE D'EAU PERSONNELLE.....11 CHASSE D'EAU EN COMMUN.....12 FOSSE/LATRINES TIMETTE.....21 FOSSE SOMMAIRE.....22 FOSSE AMELIOREE ET VENTILEE LATRINES.....23 PAS DE TOILETTES/NATURE.....31 AUTRE.....41 (PRECISER)	
125	Dans votre ménage, avez-vous? L'électricité? Une radio? Une télévision? Un réfrigérateur?	OUI NON ELECTRICITE.....1 2 RADIO.....1 2 TELEVISION.....1 2 REFRIGERATEUR.....1 2	
126	Dans votre ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir?	PIECES..... <input type="text"/>	
127	Pouvez-vous décrire le plancher de votre logement? Est-ce du: Terre ou sable? Bouse? Planches en bois? Palmes ou bambous? Parquet ou bois ciré? Bande de gerflex ou asphalte? Carrelage? Moquette?	PLANCHER NATUREL TERRE/SABLE.....11 BOUSE.....12 PLANCHER SOMMAIRE PLANCHES EN BOIS.....21 PALMES/BAMBOUS.....22 PLANCHER FINI PARQUET OU BOIS CIRÉ.....31 BANDE DE GERFLEX OU ASPHALTE.....32 CARRELAGE/MOQUETTE.....33 CIMENT.....34 AUTRE.....41 (PRECISER)	
128	Y-a-t-il quelqu'un de votre ménage qui possède: Une bicyclette? Une mobylette ou motocyclette? Une voiture?	OUI NON BICYCLETTE.....1 2 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....1 2 VOITURE.....1 2	

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
201	Maintenant je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà eu une naissance?	OUI.....1 NON.....2	→206
202	Avez-vous donné naissance à des fils ou des filles qui habitent actuellement avec vous?	OUI.....1 NON.....2	→204
203	Combien de vos fils habitent avec vous? Et combien de vos filles habitent avec vous? SI AUCUN(E) NOTER '00'.	FILS A LA MAISON..... FILLES A LA MAISON.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
204	Avez-vous donné naissance à des fils ou des filles encore en vie et qui n'habitent pas actuellement avec vous?	OUI.....1 NON.....2	→206
205	Combien de vos fils sont en vie mais n'habitent pas avec vous? Et combien de vos filles sont en vie mais n'habitent pas avec vous? SI AUCUN(E) NOTER '00'.	FILS AILLEURS..... FILLES AILLEURS.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
206	Avez-vous donné naissance à un fils ou une fille, né(e) vivant(e) mais décédé(e) par la suite? SI NON, INSISTER: Aucun(e) fils ou fille qui a pleuré ou qui a donné un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours?	OUI.....1 NON.....2	→208
207	En tout, combien de vos fils sont décédés? Et combien de vos filles sont décédées? SI AUCUN(E) NOTER '00'.	FILS DECEDES..... FILLES DECEDEES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
208	FAIRE LA SOMME DES REponses A 203, 205, ET 207, ET INSCRIRE LE TOTAL. SI AUCUN(E) NOTER '00'.	TOTAL.....	<input type="text"/>
209	VERIFIER 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris: vous avez eu au total ___ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> INSISTER ET CORRIGER 201-209 SI NECESSAIRE		
210	VERIFIER 208: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/>		→223

211 Maintenant, je voudrais vous parler de vos naissances, qu'elles soient encore vivantes ou non, en commençant par la première naissance que vous avez eue.

(INSCRIRE A 212 LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES. INSCRIRE LES Jumeaux ET Triples SUR DES LIGNES SEPARÉES)

212	213	214	215	216	217	218	219	220
Quel nom a été donné à votre (premier, suivant) enfant?	Est-ce que vous avez eu des naissances multiples? Si "OUI" lesquelles? ET ENCERCLEZ "2"	(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? OU: En quelle saison est-il/elle né(e)?	(NOM) est-il/elle encore en vie?	SI VIVANT: Quel âge avait-il/elle à son dernier anniversaire? INSCRIRE L'AGE EN ANNEES REVOLUES	SI VIVANT: (NOM) vit-il/elle avec vous?	SI DECEDE(E): Quel âge avait-il/elle quand il/elle est mort(e)? INSCRIRE EN JOURS SI MOINS D'UN MOIS, EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS, OU EN ANNEES. SI "1 AN", PASSEZ A LA QUESTION 220	Quel âge exact en mois avait (NOM) quand il/elle est mort(e)?

01 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 219	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A NAIS.SUIV.)<	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3 SI "1 AN" →	AGE EXACT EN MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>
02 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 219	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A NAIS.SUIV.)<	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3 SI "1 AN" →	AGE EXACT EN MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>
03 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 219	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A NAIS.SUIV.)<	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3 SI "1 AN" →	AGE EXACT EN MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>
04 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 219	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A NAIS.SUIV.)<	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3 SI "1 AN" →	AGE EXACT EN MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>
05 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 219	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A NAIS.SUIV.)<	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3 SI "1 AN" →	AGE EXACT EN MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>
06 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 219	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A NAIS.SUIV.)<	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3 SI "1 AN" →	AGE EXACT EN MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>
07 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 219	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A NAIS.SUIV.)<	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3 SI "1 AN" →	AGE EXACT EN MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>
08 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 219	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A NAIS.SUIV.)<	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3 SI "1 AN" →	AGE EXACT EN MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>

212	213	214	215	216	217	218	219	220
Quel nom a été donné à votre enfant suivant?	Est-ce que vous avez eu des naissances multiples? Si "OUI" les-quelles? ET ENCERCLEZ "2"	(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? OU: En quelle saison est-il/elle né(e)?	(NOM)est-il/elle encore en vie?	Quel âge avait-il/elle à son dernier anniversaire? INSCRIRE L'AGE EN ANNEES REVOLUES	(NOM)vit-il/elle avec vous?	Quel âge avait-il/elle quand il/elle est mort(e)? [INSCRIRE EN JOURS SI MOINS D'UN MOIS, EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS, OU EN ANNEES. SI "1 AN", PASSEZ A LA QUESTION 220	Quel âge exact en mois avait (NOM) quand il/elle est mort(e)?

09	SIMP...1 MULT...2 (NOM)	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 219	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 (PASSER A NAIS.SUIV.)←	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3 SI "1 AN" →	AGE EXACT EN MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>
10	SIMP...1 MULT...2 (NOM)	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 219	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 (PASSER A NAIS.SUIV.)←	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3 SI "1 AN" →	AGE EXACT EN MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>
11	SIMP...1 MULT...2 (NOM)	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 219	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 (PASSER A NAIS.SUIV.)←	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3 SI "1 AN" →	AGE EXACT EN MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>
12	SIMP...1 MULT...2 (NOM)	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 219	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 (PASSER A NAIS.SUIV.)←	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3 SI "1 AN" →	AGE EXACT EN MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>
13	SIMP...1 MULT...2 (NOM)	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 219	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 (PASSER A NAIS.SUIV.)←	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3 SI "1 AN" →	AGE EXACT EN MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>
14	SIMP...1 MULT...2 (NOM)	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 219	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 (PASSER A NAIS.SUIV.)←	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3 SI "1 AN" →	AGE EXACT EN MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>
15	SIMP...1 MULT...2 (NOM)	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 ↓ 219	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI...1 NON...2 (PASSER A NAIS.SUIV.)←	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3 SI "1 AN" →	AGE EXACT EN MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>

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

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

↓

VERIFIER: POUR CHAQUE NAISSANCE: L'ANNEE DE NAISSANCE EST ENREGISTREE
 POUR CHAQUE ENFANT VIVANT: L'AGE ACTUEL EST ENREGISTRE
 POUR CHAQUE ENFANT DECEDE: L'AGE AU DECES EST ENREGISTRE
 POUR L'AGE AU DECES 1 AN OU 12 MOIS: VERIFIER POUR DETERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS

222 VERIFIER 215 ET ENTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES DEPUIS JANVIER 1991 S'IL N'Y EN A PAS, NOTER '0'.

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
223	Etes-vous enceinte en ce moment?	OUI.....1 NON.....2 PAS SURE.....8	→ 226
224	De combien de mois êtes-vous enceinte?	MOIS..... <input type="text"/>	
225	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous devenir enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, vouliez-vous ne pas tomber enceinte, ou vous n'étiez pas sûre si vous vouliez tomber enceinte ou pas?	A CE MOMENT-LA.....1 PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PAS.....3 PAS SURE.....4	
226	Il y a combien de temps que vos dernières règles ont commencé?	JOURS.....1 <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> ANNEES.....4 <input type="text"/> EN MENOPAUSE.....994 AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...995 JAMAIS EU DE REGLES.....996	
227	Entre le premier jour des règles d'une femme et le premier jour de ses règles suivantes, y-a-t-il certains moments où elle a plus de chances de tomber enceinte que d'autres?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→ 229
228	A quel moment du cycle menstruel une femme a le plus de chances de tomber enceinte?	PENDANT SES REGLES.....1 JUSTE APRES LA FIN DE SES REGLES.....2 AU MILIEU DU CYCLE.....3 JUSTE AVANT LE DEBUT DE SES REGLES.....4 AUTRE _____ 5 (PRECISER) NSP.....8	
229	Est-ce que vous avez été excisée ?	OUI.....1 NON.....2 SANS REPONSE.....8	→ 301
230	Qui vous a fait l'excision ?	MEDECIN.....1 INFIRMIERE.....2 SAGE FEMME FORMEE.....3 SAGE FEMME TRADITIONELLE.....4 AUTRE _____ 5 (PRECISER) NSP.....8	
231	Quel âge aviez-vous quand vous avez été excisée ?	AGE A L'EXCISION..... <input type="text"/> MOINS D'UN AN.....00 NSP.....98	

SECTION 3: CONTRACEPTION

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

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

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

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	PASSER A
306	Avez-vous jamais utilisé ou essayé un moyen quelconque pour retarder ou éviter de tomber enceinte ?	OUI..... <input type="checkbox"/> NON..... <input type="checkbox"/> → 327
307	Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 303-305 (ET 302 SI NECESSAIRE)	[REDACTED]
308	Maintenant je voudrais vous parler du moment où, pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte. Combien d'enfants vivants aviez-vous à ce moment-là? SI AUCUN, NOTER '00'	NOMBRE D'ENFANTS..... <input type="text"/>
309	VERIFIER 223:	→ 327
	PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/>	ENCEINTE <input type="checkbox"/>
310	VERIFIER 303:	→ 314A
	FEMME NON STERILISEE <input type="checkbox"/>	FEMME STERILISEE <input type="checkbox"/>
311	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte ?	OUI.....1 → 314 NON.....2
312	VERIFIER 303 ET 306	→ 327
	LA FEMME A DEJA UTILISE UNE METHODE (AU MOINS UN "OUI") <input type="checkbox"/>	LA FEMME N'A JAMAIS UTILISE UNE METHODE (AUCUN "OUI") <input type="checkbox"/>
313	Quelle est la principale raison pour laquelle vous avez arrêté d'utiliser une méthode pour éviter de tomber enceinte ?	VEUT DES ENFANTS.....01 GROSSESSE.....02 COUT TROP ELEVE.....04 EFFETS SECONDAIRES.....05 PROBLEMES DE SANTE.....06 DIFFICILE A OBTENIR.....07 RELIGION.....08 MAUVAIS SERVICE.....09 → 327 FATALISTE.....10 RAPPORTS SEX. PEU FREQUENTS...12 DIFFICULTE A TOMBER ENCEINTE...13 MENOPAUSE/STERILISEE.....14 LA METHODE PAS COMMUNE.....15 NON MARIEE.....16 AUTRE _____ 17 (PRECISER) NSP.....98
314	Quelle méthode utilisez-vous ?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTIONS.....03 IMPLANT.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 → 321 CONDOM.....06 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 → 324 AUTRE _____ 11 (PRECISER)
314A	ENCERCLER '07' POUR LA STERILISATION FEMININE	

QUESTIONS ET FILTRES		PASSER
N°		A
315	Au moment où vous avez commencé à utiliser la pilule pour la première fois, avez-vous consulté un médecin, une infirmière, ou une sage femme ?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
316	Au moment où vous vous êtes procuré des pilules la dernière fois, avez-vous consulté un médecin, une infirmière ou une sage femme ?	OUI.....1 NON.....2
317	Puis-je voir la boîte de pilules que vous utilisez en ce moment ? (NOTER LE NOM DE LA MARQUE)	BOITE VUE.....1 NON DE LA MARQUE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → 319 BOITE NON VUE.....2
318	Connaissez-vous le nom de la marque des pilules que vous utilisez en ce moment ? (NOTER LE NOM DE LA MARQUE)	NOM DE LA MARQUE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NSP.....98
319	Combien vous coûte une boîte de pilules ?	PRIX..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> GRATUIT.....9996 NSP.....9998
320	Combien de cycles y a-t-il dans cette boîte ?	NOMBRE DE CYCLES..... <input type="checkbox"/> NSP.....98
321	<p>VERIFIER 314:</p> <p>ELLE/IL EST STÉRILISÉ(E) <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>OÙ a eu lieu la stérilisation ?</p> <p>UTILISE UNE AUTRE METHODE <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>OÙ avez-vous obtenu (METHODE) la dernière fois?</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL.....11 CENTRE DE SANTE.....12 DISPENSARE.....13 POSTE MEDICALE.....14</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>DOCTEUR PRIVE.....21 CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....22 PHARMACIE.....23 CENTRE DE PF.....24</p> <p>AUTRE SECTEUR PRIVE</p> <p>BOULIQUE.....31 EGLISE.....32 CONNAISSANCES/PARENTES.....33</p> <p>AUTRE.....41 → 324 (PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>
322	Combien de temps faut-il pour aller de chez vous à cet endroit ? SI 90 MINUTES OU MOINS, NOTER LA REPONSE EN MINUTES. AUTREMENT, NOTER EN HEURES.	MINUTES.....1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HEURES.....2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NSP.....998
323	Est-ce facile ou difficile de se rendre là-bas ?	FACILE.....1 DIFFICILE.....2
324	<p>VERIFIER 314:</p> <p>ELLE/IL EST STÉRILISÉ(E) <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>UTILISE UNE AUTRE METHODE <input type="checkbox"/></p> <p>→ 326</p>	
325	En quel mois et quelle année la stérilisation a-t-elle eu lieu ?	MOIS..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ANNEE..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → 332
326	Depuis combien de mois utilisez-vous (METHODE ACTUELLE) de façon continue ? SI MOINS DE 1 MOIS, NOTER '00'.	MOIS..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8 ANS OU PLUS.....96 → 332

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
327	Avez-vous l'intention d'utiliser, dans l'avenir, une méthode pour retarder une grossesse ou pour éviter de tomber enceinte ?	OUI.....1 NON.....2 INDECISE/NE SAIT PAS.....8	329 333
328	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas l'intention d'utiliser une méthode ?	VEUT DES ENFANTS.....01 MANQUE D'INFORMATION.....02 PARTENAIRE DESAPPROUVE.....03 COUT TROP ELEVE.....04 EFFETS SECONDAIRES.....05 PROBLEMES DE SANTE.....06 DIFFICILE A OBTENIR.....07 RELIGION.....08 OPOSEE A LA PLANIF. FAMILIALE.....09 FATALISTE.....10 AUTRES PERSONNES DESAPPROUVENT.....11 RAPPORTS SEX. PEU FREQUENTS.....12 DIFFICULTE A TOMBER ENCEINTE.....13 MENOPAUSE/STERILISEE.....14 PAS CONMODE.....15 PAS DE MARI OU PARTENAIRE.....16 AUTRE _____ 17 (PRECISER) NSP.....98	333
329	Avez-vous l'intention d'utiliser une méthode dans les 12 prochains mois ?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
330	Quand vous utiliserez une méthode, quelle méthode préférez-vous utiliser ?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTIONS.....03 IMPLANT.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....06 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE _____ 11 (PRECISER) PAS SURE.....98	333
331	Où pouvez-vous vous procurer (METHODE CITEE A 330) ?	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE DE SANTE.....12 DISPENSARE.....13 POSTE MEDICALE.....14 SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....21 CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....22 PHARMACIE.....23 CENTRE DE PF.....24 AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE.....31 EGLISE.....32 CONNAISSANCES/PARENTES.....33 AUTRE _____ 41 (PRECISER) NSP.....98	335 337

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A									
332	VERIFIER 314: UTILISE LA CONTINENCE PERIODIQUE, LE RETRAIT OU UNE AUTRE METHODE TRADITIONNELLE <input type="checkbox"/>	UTILISE UNE METHODE MODERNE <input type="checkbox"/> → 337										
333	Connaissez-vous un endroit où on peut se procurer une méthode de planification familiale ?	OUI.....1 NON.....2 → 337										
334	Où est-ce ? _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE.....B DISPENSAIRE.....C POSTE MEDICALE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....E CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....F PHARMACIE.....G CENTRE DE PF.....H AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE.....I EGLISE.....J CONNAISSANCES/PARENTES.....K AUTRE _____ L (PRECISER) NSP.....M → 337										
335	Combien de temps faut-il pour aller de chez vous à cet endroit ? SI 90 MINUTES OU MOINS, NOTER LA REPONSE EN MINUTES. AUTREMENT, NOTER EN HEURES.	MINUTES.....1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> HEURES.....2 NSP.....998										
336	Est-ce facile ou difficile de se rendre là-bas ?	FACILE.....1 DIFFICILE.....2										
337	Durant le mois dernier, avez-vous entendu parler de la planification familiale : à la radio ? à la télévision ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">OUI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RADIO.....1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	RADIO.....1	1	2	TELEVISION.....1	1	2	
	OUI	NON										
RADIO.....1	1	2										
TELEVISION.....1	1	2										
338	Etes-vous pour ou contre la diffusion d'information sur la planification familiale à la radio ou à la télé- vision ?	POUR.....1 CONTRE.....2 NSP.....8										
339	Quelle est votre source d'information sur la planifi- cation familiale ?	MARI/PATERNAIRE.....A AUTRES PARENTS.....B AMIS/VOISINS.....C RADIO/TELEVISION.....D JOURNAUX/REVUES.....E BROCHURES/LIVRETS.....F AFICHES.....G FORMATION SANITAIRE.....H AUTRE _____ I (PRECISER)										

SECTION 4A, GROSSESSE ET ALLAITEMENT

401	VERIFIER 222 : UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANVIER 1991	AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1991 (PASSER A 501)		
402	NOTER LE NOM, LE N° DE LIGNE ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1991 DANS LE TABLEAU. POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE TROIS NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE). Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions à propos de la santé des enfants que vous avez eus durant les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois)			
	N° DE LIGNE DE LA Q. 212			
	SELON Q. 212 ET Q. 216	DERNIERE NAISSANCE NOM	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM
		VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>
403	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là vouliez vous attendre plus tard, vouliez vous ne plus avoir d'enfant ou n'étiez pas sure si vous vouliez un autre enfant ou pas?	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405)<.....	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405)<.....	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405)<.....
		PLUS TARD.....2	PLUS TARD.....2	PLUS TARD.....2
		NE VOULAIT PLUS.....3	NE VOULAIT PLUS.....3	NE VOULAIT PLUS.....3
		PAS SURE.....4 (PASSER A 405)<.....	PAS SURE.....4 (PASSER A 405)<.....	PAS SURE.....4 (PASSER A 405)<.....
404	Combien de temps auriez-vous voulu attendre?	MOIS.....1	MOIS.....1	MOIS.....1
		ANNEES.....2	ANNEES.....2	ANNEES.....2
		NSP.....998	NSP.....998	NSP.....998
405	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous vu quelqu'un pour une consultation concer- nant cette grossesse? SI OUI, qui avez-vous vu? Quelqu'un d'autre? ENCERCLER TOUTES LES PERSONNES VUES.	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE.....B SAGE-FEMME.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADI- TIONNELLE FORMEE.....D ACCOUCHEUSE TRADI- TIONNELLE.....E AUTRE.....F (PRECISER) PERSONNE.....G (PASSER A 409)<.....	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE.....B SAGE-FEMME.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADI- TIONNELLE FORMEE.....D ACCOUCHEUSE TRADI- TIONNELLE.....E AUTRE.....F (PRECISER) PERSONNE.....G (PASSER A 409)<.....	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE.....B SAGE-FEMME.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADI- TIONNELLE FORMEE.....D ACCOUCHEUSE TRADI- TIONNELLE.....E AUTRE.....F (PRECISER) PERSONNE.....G (PASSER A 409)<.....
405A	Avez-vous un carnet de santé où les soins prénatals que vous avez reçus pendant que vous étiez enceinte de (NOM) et les soins que (NOM) a reçu lui-même sont inscrits ? SI OUI: Puis-je le voir, s'il vous plaît?	OUI, OUI.....1 OUI, NON VU.....2 PAS DE CARNET.....3	OUI, OUI.....1 OUI, NON VU.....2 PAS DE CARNET.....3	OUI, OUI.....1 OUI, NON VU.....2 PAS DE CARNET.....3
406	SI "OUI, VU" (CODE 1) ENREGISTREZ L'INFORMATION DU CARNET DANS LES QUESTIONS 407-417. POSEZ DES QUESTIONS SEULEMENT POUR L'INFORMATION QUI MANQUE DANS LE CARNET	SI LA REPONSE EST "OUI" MAIS VOUS N'AVEZ PAS VU LE CARNET, OU SI LA FEMME N'A PAS DE CARNET, POSEZ LES QUESTIONS COMME ELLES SONT ECRITES DANS LE QUESTIONNAIRE		
407	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez vu quelqu'un pour la première fois pour une consultation concer- nant cette grossesse?	MOIS.....	MOIS.....	MOIS.....
		NSP.....98	NSP.....98	NSP.....98
408	Combien de visites prénatales avez-vous fait pendant cette grossesse?	NBRE. DE VISITES.....	NBRE. DE VISITES.....	NBRE. DE VISITES.....
		NSP.....98	NSP.....98	NSP.....98
409	Quand vous étiez enceinte de (NOM) vous a-t-on fait une injection pour éviter au bébé d'attraper le tétanos, c'est-à-dire les con- vulsions après la naissance?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 411)<.....8 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 411)<.....8 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 411)<.....8 NSP.....8
410	Combien de fois avez-vous eu cette injection?	NOMBRE.....	NOMBRE.....	NOMBRE.....
		NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8
411	Où avez-vous accouché de (NOM)?	MAISON PROPRE MAISON.....11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....21 MATERNITE.....23 CENTRE DE SANTE/PMI...22 SECTEUR PRIVE HOPITAL PRIVE/ CLINIQUE.....31 AUTRE.....41 (PRECISER)	MAISON PROPRE MAISON.....11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....21 MATERNITE.....23 CENTRE DE SANTE/PMI...22 SECTEUR PRIVE HOPITAL PRIVE/ CLINIQUE.....31 AUTRE.....41 (PRECISER)	MAISON PROPRE MAISON.....11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....21 MATERNITE.....23 CENTRE DE SANTE/PMI...22 SECTEUR PRIVE HOPITAL PRIVE/ CLINIQUE.....31 AUTRE.....41 (PRECISER)

		DERNIERE NAISSANCE NOM	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM
412	<input type="checkbox"/> Qui vous a assisté pour l'accouchement de (NOM)? <input type="checkbox"/> Quelqu'un d'autre? <input type="checkbox"/> INSISTER SUR LE GENRE DE PERSONNE ET ENCERCLER TOUTES LES PERSONNES CITEES	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE.....B SAGE-FEMME.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADITIONNELLE) FORMEE.....D ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....E PARENT.....F AUTRE _____ G (PRECISER) PERSONNE.....H	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE.....B SAGE-FEMME.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADITIONNELLE) FORMEE.....D ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....E PARENT.....F AUTRE _____ G (PRECISER) PERSONNE.....H	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE.....B SAGE-FEMME.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADITIONNELLE) FORMEE.....D ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....E PARENT.....F AUTRE _____ G (PRECISER) PERSONNE.....H
413	(NOM) est-il/elle né à terme ou prématurément?	A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8	A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8	A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8
414	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne?	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
415	Quand (NOM) est né(e), était-il/elle: très gros(se), plus gros(se) que la moyenne, moyen(ne), plus petit(e) que la moyenne, ou très petit(e)?	TRES GROS.....1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE.....2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.....4 TRES PETIT.....5 NSP.....8	TRES GROS.....1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE.....2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.....4 TRES PETIT.....5 NSP.....8	TRES GROS.....1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE.....2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.....4 TRES PETIT.....5 NSP.....8
416	(NOM) a-t-il/elle été pesé à la naissance?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 418) <-	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 419) <-	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 419) <-
417	Combien pesait-il/elle?	KILOGRAMMES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	KILOGRAMMES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	KILOGRAMMES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
418	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 421) <-	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 421) <-	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 421) <-
419	Vos règles sont-elles revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 423) <-	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 423) <-	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 423) <-
420	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez vous pas eu de règles?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
421	VOIR 223: FEMME ENCEINTE?	PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> (PASSER A 423)	PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> (PASSER A 423)	PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> (PASSER A 423)
422	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 424) <-	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 424) <-	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 424) <-
423	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98

		DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISS.		AV. AVANT-DERNIERE NAISS.	
		NOM		NOM		NOM	
424	Avez-vous allaité (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 426)←	NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 433)←	NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 433)←	NON.....2
425	Pourquoi n'avez-vous pas allaité (NOM)?	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 PAS DE LAIT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AUTRE.....08 (PRECISER) (PASSER A 435)←	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 PAS DE LAIT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AUTRE.....08 (PRECISER) (PASSER A 435)←	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 PAS DE LAIT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AUTRE.....08 (PRECISER) (PASSER A 435)←	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 PAS DE LAIT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AUTRE.....08 (PRECISER) (PASSER A 435)←	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 PAS DE LAIT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AUTRE.....08 (PRECISER) (PASSER A 435)←	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 PAS DE LAIT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AUTRE.....08 (PRECISER) (PASSER A 435)←
426	Combien de temps après sa naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois? SI MOINS DE 1 HEURE, NOTER '00' HEURE SI MOINS DE 24 HEURES, INSCRIRE DES HEURES. AUTREMENT, INSCRIRE DES JOURS.	IMMEDIATEMENT.....000 HEURES.....1 JOURS.....2					
427	VOIR 216: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> ↓	DECEDE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 433)				
428	Allaitiez-vous encore (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 433)←					
429	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière entre le coucher et lever du soleil? SI REPONSE NON NUMERIQUE, IN-SISTER POUR EVALUER LE NOMBRE	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE NUIT	<input type="text"/>				
430	Combien de fois avez-vous allaité hier, pendant les heures de jour? SI REPONSE NON NUMERIQUE, IN-SISTER POUR EVALUER LE NOMBRE	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR	<input type="text"/>				
431	A n'importe quel moment hier ou la nuit dernière avez-vous donné à (NOM) une des choses suivantes:			OUI	NON		
	Eau?	EAU.....1	2				
	Eau sucrée?	EAU SUCREE.....1	2				
	Eau de riz?	EAU DE RIZ.....1	2				
	Jus?	JUS.....1	2				
	Infusion?	INFUSION.....1	2				
	Lait en boîte pour bébé?	LAIT EN BOITE.....1	2				
	Lait frais?	LAIT FRAIS.....1	2				
	Lait en boîte ou en poudre	LAIT EN Poudre.....1	2				
	Autres liquides	AUTRES LIQUIDES.....1	2				
	Aliment solide ou en bouillie?	ALIMENT SOLIDE/ EN BOUILLIE.....1	2				
432	VOIR 431 : NOURRITURE OU LIQUIDE DONNE HIER	"OUI" POUR UN OU PLUS <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 437)	RIEN DU TOUT <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 436)				

		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
433	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM)?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JUSQU'A SON DECES.....95 (PASSER A 436) ←	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JUSQU'A SON DECES.....95 (PASSER A 436) ←	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JUSQU'A SON DECES.....95 (PASSER A 436) ←
434	Pourquoi avez-vous arrêté d'allaiter (NOM)?	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 PAS DE LAIT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBE ENCEINTE.....09 A COMMENCE D'UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE _____ 11 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 PAS DE LAIT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBE ENCEINTE.....09 A COMMENCE D'UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE _____ 11 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 PAS DE LAIT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBE ENCEINTE.....09 A COMMENCE D'UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE _____ 11 (PRECISER)
435	VOIR 216: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 437) ↓	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 437) ↓	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 437) ↓
436	Avez-vous déjà donné à (NOM) de l'eau, ou quelque chose d'autre à boire ou à manger (autre que le lait maternel)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 440) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 440) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 440) ←
437	Combien de mois avait (NOM) quand vous avez commencé à lui donner les choses suivantes de façon régulière? Lait en boîte ou lait autre que le lait maternel? Eau? Autres liquides? Aliment solide ou en bouillie? SI MOINS DE 1 MOIS, NOTER '00'.	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 (PASSER A 440)	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 (PASSER A 440)
438	VOIR 216: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 440) ↓		
439	(NOM) a-t-il/elle bu quelque chose au biberon, hier ou la nuit dernière?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8		
440	RETOURNER A 403 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A LA PREMIERE COLONNE DE 441			

SECTION 48. VACCINATION ET SANTE

441 NOTER LE NOM ET LE N° DE LIGNE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1991 DANS LE TABLEAU. POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE TROIS NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).				
N° DE LIGNE DE LA Q. 212		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		NOM DERNIERE NAISSANCE	NOM AVANT-DERNIERE NAISS.	NOM AV. AVANT-DERNIERE NAISS.
442	Avez-vous un carnet où les vaccinations de (NOM) sont inscrites? SI OUI: Puis-je le voir, s'il vous plaît?	OUI, VU.....1 (PASSER A 444)<..... OUI, NON VU.....2 (PASSER A 446)<..... PAS DE CARNET.....3	OUI, VU.....1 (PASSER A 444)<..... OUI, NON VU.....2 (PASSER A 446)<..... PAS DE CARNET.....3	OUI, VU.....1 (PASSER A 444)<..... OUI, NON VU.....2 (PASSER A 446)<..... PAS DE CARNET.....3
443	Avez-vous jamais eu de carnet de vaccination pour (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 446)<..... NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 446)<..... NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 446)<..... NON.....2
444	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATIONS POUR CHAQUE VACCIN A PARTIR DU CARNET. (2) INSCRIRE '44' DANS LA COLONNE 'JOUR', SI LA CARTE INDIQUE QU'UNE VACCINATION A ETE FAITE, MAIS LA DATE N'A PAS ETE REPORTEE. BCG DT COQ POLIO 1 DT COQ POLIO 2 DT COQ POLIO 3 FIEVRE JAUNE ROUGEOLE	JOUR MOIS ANNEE BCG DTCP1 DTCP2 DTCP3 FJ ROU	JOUR MOIS ANNEE BCG DTCP1 DTCP2 DTCP3 FJ ROU	JOUR MOIS ANNEE BCG DTCP1 DTCP2 DTCP3 FJ ROU
445	(NOM) a-t-il/elle reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur ce carnet? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUETE MENTIONNE LE(S) VACCIN(S) DU BCG, DTCoq 1-3, POLIO 1-3 ET/OU ROUGEOLE.	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 444)<..... NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 448)<.....	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 444)<..... NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 448)<.....	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 444)<..... NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 448)<.....
446	(NOM) a-t-il/elle jamais reçu de vaccination pour lui éviter d'attraper des maladies?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448)<..... NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448)<..... NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448)<..... NSP.....8
447	S'il vous plaît, dites-moi si (NOM) a reçu une des vaccinations suivantes: Une vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans l'avant bras ou l'épaule gauche qui a laissé une cicatrice? Une vaccination contre la polio, c'est à dire des gouttes dans la bouche? SI OUI: Combien de fois? Une injection contre la rougeole?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 NOMBRE DE FOIS..... OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 NOMBRE DE FOIS..... OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 NOMBRE DE FOIS..... OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
448	VOIR 216: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 450)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 450)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 450)
449	RETOURNER A 442 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A 480.			

		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
450	(NOM) a-t-il/elle eu de la fièvre à un moment quelconque dans les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
451	(NOM) a-t-il/elle souffert de la toux à un moment quelconque dans les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 455)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 455)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 455)← NSP.....8
452	(NOM) a-t-il/elle souffert de la toux dans les dernières 24 heures?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
453	SI Q. 452 = NON Combien de jours a duré la toux ? SI Q. 452 = OUI Depuis combien de jour dure la toux ? SI MOINS DE 1 JOUR, NOTER '00'	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
454	Quand (NOM) était malade avec la toux, respirait-il/elle plus rapidement que d'habitude avec un souffle court et rapide?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
455	VOIR 450 ET 451: FIEVRE OU TOUX?	"OUI" DANS 450 OU 451 <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER A 460)	"OUI" DANS 450 OU 451 <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER A 460)	"OUI" DANS 450 OU 451 <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER A 460)
456	Est-ce que quelque chose a été donné pour traiter la fièvre/toux?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 458)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 458)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 458)← NSP.....8
457	Qu'est-ce qui a été donné pour traiter la fièvre/toux?*	INJECTION.....A COMPRIME.....B ANTI-PALUDEEN.....C SIROP CONTRE LA TOUX....D REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES....E AUTRE _____ F (PRECISER)	INJECTION.....A COMPRIME.....B ANTI-PALUDEEN.....C SIROP CONTRE LA TOUX....D REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES....E AUTRE _____ F (PRECISER)	INJECTION.....A COMPRIME.....B ANTI-PALUDEEN.....C SIROP CONTRE LA TOUX....D REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES....E AUTRE _____ F (PRECISER)
458	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la fièvre/toux?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 460)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 460)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 460)←
459	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement? A quelqu'un d'autre? NOTER TOUT CE QUI EST CITE	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE/PMI...B POSTE DE SANTE.....C CLINIQUE MOBILE.....D PERSONNEL DE SANTE...E SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL.....F PHARMACIE.....G DEPOT DE PHARMACIE...H AUTRE SECTEUR PRIVE GUERISSEUR TRADITIONNEL.....I AUTRE _____ J (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE/PMI...B POSTE DE SANTE.....C CLINIQUE MOBILE.....D PERSONNEL DE SANTE...E SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL.....F PHARMACIE.....G DEPOT DE PHARMACIE...H AUTRE SECTEUR PRIVE GUERISSEUR TRADITIONNEL.....I AUTRE _____ J (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE/PMI...B POSTE DE SANTE.....C CLINIQUE MOBILE.....D PERSONNEL DE SANTE...E SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL.....F PHARMACIE.....G DEPOT DE PHARMACIE...H AUTRE SECTEUR PRIVE GUERISSEUR TRADITIONNEL.....I AUTRE _____ J (PRECISER)

	DERNIERE NAISSANCE NON _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NON _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NON _____
460	(NON) a-t-il/elle eu la diarrhée durant les deux dernières semaines? OUI.....1 (PASSER A 462)←.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 (PASSER A 462)←.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 (PASSER A 462)←.....1 NON.....2 NSP.....8
461	RETOURNER A 442 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A 480		
462	(NON) a-t-il/elle eu la diarrhée durant les dernières 24 heures? OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
463	SI Q. 462 = NON Combien de jours a duré la diarrhée ? SI Q. 462 = OUI Depuis combien de jour dure la diarrhée ? SI MOINS DE 1 JOUR, NOTER '00' JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
464	Y avait-il du sang dans les selles? OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 468)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 468)
465	VOIR 424/428: DERNIER ENFANT ENCORE ALLAITE? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (PASSER A 467A)		
466	Quand (NON) avait la diarrhée, avez-vous changé le nombre d'allaitements? OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 467A)←.....2		
467	Avez-vous augmenté ou réduit le nombre de rations, ou avez-vous arrêté complètement? AUGMENTE.....1 REDUIT.....2 ARRETE COMPLETEMENT.....3		
467A	(En dehors du lait maternel) Lui avez-vous donné à manger la même quantité qu'avant la diarrhée, plus, ou moins? MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8
468	(En dehors du lait maternel) Lui avez-vous donné à boire la même quantité qu'avant la diarrhée, plus, ou moins? MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8
469	Est-ce que quelque chose a été donné pour traiter la diarrhée? OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 471)←.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 471)←.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 471)←.....2 NSP.....8
470	Qu'est-ce qui a été donné pour traiter la diarrhée? LIQUIDE DE SRO.....A LIQUIDE MAISON.....B COMPRIME OU SIROP.....C INJECTION.....D PERFUSION.....E SONDE NASO-GASTRIQUE.....F REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE _____ H (PRECISER)	LIQUIDE DE SRO.....A LIQUIDE MAISON.....B COMPRIME OU SIROP.....C INJECTION.....D PERFUSION.....E SONDE NASO-GASTRIQUE.....F REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE _____ H (PRECISER)	LIQUIDE DE SRO.....A LIQUIDE MAISON.....B COMPRIME OU SIROP.....C INJECTION.....D PERFUSION.....E SONDE NASO-GASTRIQUE.....F REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE _____ H (PRECISER)
471	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la diarrhée? OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 473) ←.....2	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 473) ←.....2	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 473) ←.....2

		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
472	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement? A quelqu'un d'autre? NOTER TOUT CE QUI EST CITE	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A CENTRE DE SANTE/PMI...B POSTE DE SANTE.....C CLINIQUE MOBILE.....D PERSONNEL DE SANTE....E SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOP. PRIVE...F PHARMACIE.....G DEPOT DE PHARMACIE...H AUTRE SECTEUR PRIVE GUERISSEUR TRADITIONNEL.....I AUTRE _____ J (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A CENTRE DE SANTE/PMI...B POSTE DE SANTE.....C CLINIQUE MOBILE.....D PERSONNEL DE SANTE....E SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOP. PRIVE...F PHARMACIE.....G DEPOT DE PHARMACIE...H AUTRE SECTEUR PRIVE GUERISSEUR TRADITIONNEL.....I AUTRE _____ J (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A CENTRE DE SANTE/PMI...B POSTE DE SANTE.....C CLINIQUE MOBILE.....D PERSONNEL DE SANTE....E SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOP. PRIVE...F PHARMACIE.....G DEPOT DE PHARMACIE...H AUTRE SECTEUR PRIVE GUERISSEUR TRADITIONNEL.....I AUTRE _____ J (PRECISER)
473	VOIR 470: LIQUIDE D'UN SACHET SRO CITE	NOM, LIQUIDE SRO PAS CITE <input type="checkbox"/> OUI, LIQUIDE SRO CITE <input type="checkbox"/> (PASSER A 475)	NOM, LIQUIDE SRO PAS CITE <input type="checkbox"/> OUI, LIQUIDE SRO CITE <input type="checkbox"/> (PASSER A 475)	NOM, LIQUIDE SRO PAS CITE <input type="checkbox"/> OUI, LIQUIDE SRO CITE <input type="checkbox"/> (PASSER A 475)
474	(NOM) a-t-il/elle reçu SRO quand il/elle avait la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 476)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 476)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 476)← NSP.....8
475	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle reçu le SRO ? SI MOINS DE 1 JOUR, NOTER '00'	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
476	VOIR 470: LIQUIDE FAIT A LA MAISON CITE (CODE B)	NOM, LIQUIDE MAISON PAS CITE <input type="checkbox"/> OUI, LIQUIDE MAISON CITE <input type="checkbox"/> (PASSER A 478)	NOM, LIQUIDE MAISON PAS CITE <input type="checkbox"/> OUI, LIQUIDE MAISON CITE <input type="checkbox"/> (PASSER A 478)	NOM, LIQUIDE MAISON PAS CITE <input type="checkbox"/> OUI, LIQUIDE MAISON CITE <input type="checkbox"/> (PASSER A 478)
477	(NOM) a-t-il/elle reçu un liquide préparé à la maison avec de l'eau, sucre et sel quand il/elle avait la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 479)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 479)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 479)← NSP.....8
478	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle reçu l'eau sucrée additionnée du sel? SI MOINS DE 1 JOUR, NOTER '00'	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
479	RETOURNER A 442 POUR L'ENFANT SUIVANT; OU, S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, PASSER A 480.			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
480	VOIR 470 (TOUTES LES COLONNES) ET 474: SOLUTION SRO CITEE <input type="checkbox"/>	SOLUTION SRO NON CITEE OU 470 ET 474 NON POSEE <input type="checkbox"/>	→484
481	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé SRO que vous pouvez obtenir pour le traitement de la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2	→483
482	Avez-vous déjà vu un sachet comme celui-ci auparavant? (MONTRER LE SACHET)	OUI.....1 NON.....2	→501
483	Avez-vous déjà préparé une solution avec un de ces sachets pour traiter la diarrhée pour vous-même ou quelqu'un d'autre? (MONTRER LE SACHET)	OUI.....1 NON.....2	→485
484	Combien d'eau avez-vous utilisé pour préparer le sachet SRO la dernière fois que vous l'avez fait?	1 1/2 LITRE.....01 1 LITRE.....02 1 1/2 LITRES.....03 2 LITRES.....04 SELON INSTRUCTIONS DU SACHET...05 AUTRE _____ 06 (PRECISER) NSP.....98	
485	Où pouvez-vous obtenir le sachet de SRO ? INSISTER: Nulle part ailleurs? NOTER TOUS LES LIEUX CITES	SECTEUR PUBLIC HOPITAL..... A CENTRE DE SANTE/PMI..... B POSTE DE SANTE..... C CLINIQUE MOBILE..... D PERSONNEL DE SANTE..... E SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL PRIVE..... F PHARMACIE..... G DEPOT DE PHARMACIE..... H AUTRE SECTEUR PRIVE GUERISSEUR TRADITIONNEL..... I AUTRE _____ J (PRECISER) NSP..... K	

SECTION 5. MARIAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
501	Actuellement est-ce que vous-êtes mariée ou en union libre avec un homme ?	OUI.....1 NON.....2	→ 504
502	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu en union avec un homme?	OUI.....1 NON.....2	→ 511
503	Alors, actuellement est-ce que vous-êtes veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE.....3 DIVORCEE.....4 SEPEREE.....5	→ 508
504	Est-ce que votre mari/conjoint vit avec vous ou habite ailleurs?	VIT AVEC ELLE.....1 HABITE AILLEURS.....2	
505	Votre mari/conjoint a-t-il d'autres épouses en plus de vous-même?	OUI.....1 NON.....2	→ 508
506	Combien d'autres épouses a-t-il?	NOMBRE..... <input type="text"/> NSP.....98	→ 508
507	Etes-vous la première, la deuxième, la troisième épouse?	RANG..... <input type="text"/>	
508	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu en union avec un homme une fois ou plus d'une fois?	UNE FOIS.....1 PLUS D'UNE FOIS.....2	
509	En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (premier) mari/conjoint?	MOIS..... <input type="text"/> NSP MOIS.....98 ANNEE..... <input type="text"/> NSP ANNEE.....98	→ 513
510	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui?	AGE..... <input type="text"/>	→ 513
511	VOIR 201 : ELLE N'A JAMAIS EU D'ENFANT <input type="checkbox"/> ELLE A DEJA EU D'ENFANT <input type="checkbox"/>		→ 513
512	Avez-vous déjà eu des rapports sexuels?	OUI.....1 NON.....2	→ 515
513	Maintenant nous avons besoin de quelques renseignements sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre la planification familiale et la fécondité. Combien de temps y a-t-il depuis que vous avez eu des relations sexuelles pour la dernière fois?	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 ANNEES.....4 AVANT DERNIERE NAISSANCE.....996	
514	Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez eu des relations sexuelles?	AGE..... <input type="text"/> PREMIERE FOIS AU MARIAGE.....96	
515	AUTRES PERSONNES PRESENTES A CE MOMENT	OUI NON ENFANTS MOINS DE 10 ANS....1 2 MARI.....1 2 AUTRES HOMMES.....1 2 AUTRES FEMMES.....1 2	

SECTION 6. PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
601	VOIR 314: ELLE/LUI NON STERILISE(E) <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STERILISE(E) <input type="checkbox"/>		607
602	VOIR 501 ACTUELLEMENT MARIEE OU VIVANT EN UNION <input type="checkbox"/> NON MARIEE/PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		614
603	VOIR 223: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voulez-vous avoir (un/autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants?	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT.....1 PAS D'AUTRE/AUCUN.....2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE.....3 PAS DECIDEE OU MSP.....8	610
604	VOIR 223: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'(un/autre) enfant?	MOIS.....1 ANNEES.....2 BIENTOT/MAINTENANT.....994 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE.....995 AUTRE (PRECISER).....996 MSP.....998	610
605	VOIR 216 ET 223: A UN/DES ENFANT(S) VIVANT(S) OU ENCEINTE? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		610
606	VOIR 223: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Quel âge voudriez-vous que votre plus jeune enfant ait atteint quand votre prochain enfant naîtra?	AGE DU PLUS JEUNE ANNEES..... MSP.....98	610
607	Dans votre situation actuelle, si vous aviez à le refaire, pensez-vous que (vous/votre mari/conjoint) prendriez la même décision d'être stérilisé(e)?	OUI.....1 NON.....2	
608	Regrettez-vous que (vous/votre mari) (ayez/ait) eu l'opération pour ne (pas/plus) avoir d'enfant?	OUI.....1 NON.....2	614
609	Pourquoi le regrettez-vous?	ENQUETEE VEUT UN AUTRE ENFANT...1 CONJOINT VEUT UN AUTRE ENFANT...2 EFFETS SECONDAIRES.....3 AUTRE RAISON (PRECISER).....4	614

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER
			A
610	Pensez-vous que votre mari/conjoint approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter de tomber enceinte?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 NSP.....8	
611	Combien de fois avez-vous parlé de planning familial avec votre mari/conjoint au cours de l'année dernière?	JAMAIS.....1 UNE OU DEUX FOIS.....2 PLUS SOUVENT.....3	
612	Avez-vous déjà discuté avec votre mari du nombre d'enfants que vous voudriez avoir?	OUI.....1 NON.....2	
613	Pensez-vous que votre mari/conjoint souhaite le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage ou moins que vous?	MEME NOMBRE.....1 PLUS D'ENFANTS.....2 MOINS D'ENFANTS.....3 NSP.....8	
614	Après la naissance d'un enfant, combien de temps un couple devrait-il attendre avant de reprendre les relations sexuelles?	MOIS.....1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ANNEES.....2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AUTRE.....996 (PRECISER)	
615	Une mère devrait-elle attendre qu'elle ait complètement arrêté d'allaiter avant de reprendre les relations sexuelles ou cela n'a-t-il pas d'importance?	ATTENDRE.....1 PAS D'IMPORTANCE.....2	
616	En général, est-ce que vous approuvez ou désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter la grossesse?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2	
617	VOIR 216: A UN/DES ENFANT(S) VIVANT(S) <input type="checkbox"/> v Si vous pouviez recommencer à partir de l'époque où vous n'aviez pas d'enfants, et si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir? N'A PAS D'ENFANT(S) VIVANT(S) <input type="checkbox"/> v Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir? ENREGISTRER UN SIMPLE NOMBRE OU AUTRE REPONSE.	NOMBRE..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AUTRE REPONSE.....96 (PRECISER)	
618	D'après vous quel est le meilleur intervalle en mois ou en années entre la naissance d'un enfant et la naissance de l'enfant suivant?	MOIS.....1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ANNEES.....2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AUTRE.....996 (PRECISER)	
619	Avez-vous déjà eu une grossesse non-désirée ?	OUI.....1 NON.....2 → 701	
620	Combien de grossesses non-désirées vous avez eues ?	NOMBRE..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

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

	FILTRES	CODES	PASSER A
701	VOIR 501 ET 502 A ETE EN MARIEE OU EN UNION <input type="checkbox"/> JAMAIS MARIEE/JAMAIS EN UNION <input type="checkbox"/> ↓ POSER LES QUESTIONS SUR LE MARI/CONJOINT ACTUEL OU LE PLUS RECENT		708
702	Est-ce que votre (dernier) mari/conjoint a fréquenté l'école?	OUI.....1 NON.....2	705
703	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint: primaire, secondaire 1er cycle, secondaire 2ème cycle supérieur ?	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE 1ER CYCLE.....2 SECONDAIRE 2EME CYCLE.....3 SUPERIEUR.....4 NSP.....8	705
704	Quelle est la dernière classe qu'il a achevée à ce niveau?*	CLASSE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	
705	Quel est (était) le genre de travail principal de votre (dernier) mari/conjoint?	<input type="text"/> <input type="text"/> _____ _____ _____	
706	VOIR 705: TRAVAILLE (TRAVAILLAIT) DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE (TRAVAILLAIT) PAS DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/> ↓		708
707	Est-ce que votre mari/conjoint (travaille/travaillait) principalement sur sa propre terre ou celle de sa famille, ou est-ce qu'il (loue/louait) la terre, ou est-ce qu'il (travaille/travaillait) sur la terre de quelqu'un d'autre?	CHAMP PERSONNEL/FAMILIAL.....1 CHAMP LOUE.....2 CHAMP DE QUELQU'UN D'AUTRE.....3	
708	En dehors de votre propre travail domestique, travaillez-vous actuellement?	OUI.....1 NON.....2	710
709	Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. D'autres vendent des choses, ont une petite affaire ou travaillent dans les champs de la famille ou dans l'affaire de la famille. Faites-vous actuellement quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail?	OUI.....1 NON.....2	801
710	Quelle est votre occupation, c'est à dire, quel genre de travail faites-vous?	<input type="text"/> <input type="text"/> _____ _____ _____	

* CODES POUR Q. 704

NIVEAU CLASSE :

1= PRIMAIRE → CP1 = 01, CP2 = 02, CE1 = 03, CE2 = 04, CM1 = 05, CM2 = 06;
 2= SECONDAIRE I → 6ème = 01, 5ème = 02, 4ème = 03, 3ème = 04;
 3= SECONDAIRE II → 2nd = 01, 1er = 02; Terminal = 03;
 4= SUPERIEUR → 01, 02, 03, 04, etc.
 8= NSP → 98

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
711	Dans votre travail actuel, travaillez-vous 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 A SON COMPTE.....3	→713
712	Touchez-vous un salaire pour ce travail? INSISTER: Gagnez-vous de l'argent pour ce travail?	OUI.....1 NON.....2	
713	Faites-vous ce travail à la maison ou en dehors de chez vous?	MAISON.....1 AILLEURS.....2	
713A	Est-ce que le travail que vous faites est temporaire, saisonnier ou permanent?	TEMPORAIRE.....1 SAISONNIER.....2 PERMANENT.....3	
714	VOIR 215/216/218: A UN ENFANT NE DEPUIS JANVIER 1989 ET VIVANT A LA MAISON? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→801
715	Pendant que vous travaillez, avez-vous habituellement (NOM DU PLUS JEUNE ENFANT A LA MAISON) avec vous, l'avez-vous quelque fois avec vous ou jamais avec vous?	HABITUELLEMENT.....1 QUELQUE FOIS.....2 JAMAIS.....3	→801
716	Qui s'occupe habituellement de (NOM DU PLUS JEUNE ENFANT A LA MAISON) pendant que vous travaillez?	MARI/CONJOINT.....01 ENFANT(S) PLUS AGE(S).....02 AUTRES PARENTS.....03 VOISINS.....04 AMIS.....05 DOMESTIQUE/AIDE.....06 ENFANT A L'ECOLE.....07 MATERNELLE.....08 AUTRE _____09 (PRECISER)	

SECTION 8. MORTALITE MATERNELLE

801 Maintenant je voudrais vous poser quelques questions à propos de vos frères et soeurs, c'est-à-dire les enfants de votre propre mère. S'il vous plait, donnez-moi le nom de tous vos frères et soeurs qui vivent avec vous, qui vivent ailleurs ou qui sont décédés.

ENREGISTREZ LE NOM DE TOUS LES FRERES ET SOEURS

SI AUCUN FRERE OU SOEUR → PASSER A 901

802 Quel nom a été donné à votre frère ou soeur né le premier (né après NOM)?	1 _____ _____	2 _____ _____	3 _____ _____	4 _____ _____	5 _____ _____	6 _____ _____	7 _____ _____
803 (NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	MASCULIN...1 FEMININ...2						
804 Est-ce que (NOM) est encore en vie?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 807< NSP.....8 PASSER A 2<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 807< NSP.....8 PASSER A 3<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 807< NSP.....8 PASSER A 4<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 807< NSP.....8 PASSER A 5<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 807< NSP.....8 PASSER A 6<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 807< NSP.....8 PASSER A 7<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 807< NSP.....8 PASSER A 8<
805 Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A 2	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A 3	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A 4	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A 5	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A 6	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A 7	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A 8
807 Combien d'années y-a-t-il que (NOM) est décédé(e)?	<input type="text"/> <input type="text"/>						
808 Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 10 ANS PASSER A 2	<input type="text"/> <input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 10 ANS PASSER A 3	<input type="text"/> <input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 10 ANS PASSER A 4	<input type="text"/> <input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 10 ANS PASSER A 5	<input type="text"/> <input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 10 ANS PASSER A 6	<input type="text"/> <input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 10 ANS PASSER A 7	<input type="text"/> <input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 10 ANS PASSER A 8
809 Est-ce que (NOM) a été mariée?	OUI.....1 NON.....2						
810 Est-ce que (NOM) est décédée pendant un accouchement?	OUI.....1 PASSER A 813< NON.....2						
811 Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou un accouchement?	OUI.....1 PASSER A 813< NON.....2 NSP.....8						
812 Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est décédée?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8						
813 Est-ce que (NOM) est décédée dans un hôpital, centre de santé, à la maison ou ailleurs?	HOPITAL OU CENTRE DE SANTE.....1 MAISON.....2 AUTRE.....3 NSP.....8						
814 A combien d'enfants (NOM) a-t-elle donné naissance?	<input type="text"/> <input type="text"/>						

802 Quel nom a été donné à votre frère ou sœur né après (NOM)?	8 _____ _____	9 _____ _____	10 _____ _____	11 _____ _____	12 _____ _____	13 _____ _____	14 _____ _____
803 (NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	MASCULIN...1 FEMININ...2						
804 Est-ce que (NOM) est encore en vie?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 807< NSP.....8 PASSER A 9 <	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 807< NSP.....8 PASSER A 10 <	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 807< NSP.....8 PASSER A 11 <	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 807< NSP.....8 PASSER A 12 <	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 807< NSP.....8 PASSER A 13 <	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 807< NSP.....8 PASSER A 14 <	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 807< NSP.....8 PASSER A 815 <
805 Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> PASSER A 9	<input type="text"/> PASSER A 10	<input type="text"/> PASSER A 11	<input type="text"/> PASSER A 12	<input type="text"/> PASSER A 13	<input type="text"/> PASSER A 14	<input type="text"/> PASSER A 815
807 Combien d'années y a-t-il que (NOM) est décédé(e)?	<input type="text"/>						
808 Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 10 ANS PASSER A 9	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 10 ANS PASSER A 10	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 10 ANS PASSER A 11	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 10 ANS PASSER A 12	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 10 ANS PASSER A 13	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 10 ANS PASSER A 14	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 10 ANS PASSER A 815
809 Est-ce que (NOM) a été mariée?	OUI.....1 NON.....2						
810 Est-ce que (NOM) est décédée pendant un accouchement?	OUI.....1 PASSER A 813 < NON.....2						
811 Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou un accouchement?	OUI.....1 PASSER A 813 < NON.....2 NSP.....8						
812 Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est décédée?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8						
813 Est-ce que (NOM) est décédée dans un hôpital, centre de santé, à la maison ou ailleurs?	HOPITAL OU CENTRE DE SANTE...1 MAISON.....2 AUTRE.....3 NSP.....8						
814 A combien d'enfants (NOM) a-t-elle donné naissance?	<input type="text"/>						

815	Je voudrais être sûre d'avoir bien compris. En tout votre propre mère a donné naissance à ___ enfants y compris vous?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> → VERIFIER ET CORRIGER
↓			
816	Parmi vos frères, ___ sont décédés?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> → VERIFIER ET CORRIGER
↓			
817	Parmi vos soeurs, ___ sont décédées?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> → VERIFIER ET CORRIGER

SECTION 9. CONNAISSANCE ET ATTITUDES VIS A VIS DU SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
901	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur un sujet très important. Avez-vous entendu parler d'une maladie appelée SIDA ?	OUI.....1 NON.....2	→ 915
902	Par qui en avez-vous entendu parler ? ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST CITE	EPOUSE/PARTENAIRE..... A AGENT DE SANTE..... B RADIO/TELEVISION..... C JOURNAUX..... D AMI(E)/PARENT(E)/VOISIN(E)..... E AFFICHES/CAMPAGNES.PUBLICIT..... F AUTRE..... G (PRECISER) NSP..... H	
903	Avez-vous déjà assisté à des conférences ou à des causeries concernant le SIDA ?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
904	A votre avis, comment peut-on attraper le SIDA ? ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST CITE	RELATIONS SEXUELLES.....A TRANSFUSIONS DE SANG.....B UTILISATION DE SERINGES ET AIGUILLES NON-STERILISEES.....C DE LA MERE A L'ENFANT.....D MANGER DANS LA MEME VAISSELLE QU'UN SIDAEN.....E PORTER LES VETEMENTS D'UN SIDAEN.....F MOUSTIQUES/PIQURES D'INSECTES....G AUTRE..... H (PRECISER) NSP.....L	
904A	VOIR 904 : RELATIONS SEXUELLES ONT ETE MENTIONNEE <input type="checkbox"/> RELATIONS SEXUELLES N'ONT PAS ETE MENTIONNEE <input type="checkbox"/>		→ 906
905	Par quels types de relations sexuelles peut-on attraper le SIDA ? ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST CITE	AVEC LE CONJOINT.....A AVEC DES PROSTITUEES.....B RELATIONS HOMOSEXUELLES.....C RELATIONS OCCASSIONELLES.....D AUTRE..... E (PRECISER) NSP.....F	
906	A votre avis, est-ce qu'une femme atteinte du SIDA peut donner naissance à un bébé atteint du SIDA ?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
907	A votre avis, est-ce qu'une personne qui a le microbe du SIDA dans le corps peut paraître en bonne santé ?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
908	A votre avis, est-ce qu'une personne qui est atteinte du SIDA peut être guérie ?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
909	<p>A votre avis, que faut-il faire pour éviter d'attraper le SIDA ?</p> <p>ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST CITE</p>	<p>UTILISER DES PRESERVATIFS.....A</p> <p>AVOIR UN SEUL PARTENAIRE.....B</p> <p>NE PAS ALLER AVEC PROSTITUEES....C</p> <p>S'ABSTENIR DE REL. SEXUELLES.....D</p> <p>NE PAS UTILISER SERINGUES OU AIGUILLES NON STERILISEES....E</p> <p>EVITER TOUT CONTACT AVEC LES SIDAES.....F</p> <p>NE PAS TOUCHER DU SANG CONTAMINE.....G</p> <p>AUTRE _____ H (PRECISER)</p> <p>NSP.....I</p>	
910	<p>A quoi reconnaît-on un malade atteint du SIDA ?</p> <p>ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST CITE</p>	<p>AMAIGRISSEMENT.....A</p> <p>DIARRHEE.....B</p> <p>VOMISSEMENTS.....C</p> <p>FRISSONS ET FIEVRE.....D</p> <p>ANALYSE DE SANG.....E</p> <p>TACHES SUR LA PEAU, BOUTONS.....F</p> <p>TOUX PERSISTANTE.....G</p> <p>AUTRE _____ H (PRECISER)</p> <p>NSP.....I</p>	
911	<p>A votre avis, que doit-on faire des malades atteints du SIDA ?</p>	<p>LES ENVOYER A L'HOPITAL.....1</p> <p>LES GARDER A LA MAISON.....2</p> <p>LES ISOLER.....3</p> <p>AUTRE _____ 4 (PRECISER)</p> <p>NSP.....8</p>	
912	<p>Est-ce que vous connaissez ou vous avez connu quelqu'un avec le SIDA ?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	
913	<p>Où est-qu'on peut obtenir des informations sur les moyens de prévenir le SIDA ?</p> <p>ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST CITE</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A</p> <p>CENTRE DE SANTE/PMI.....B</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/INFIRMERIE PRIVE.....C</p> <p>PHARMACIE.....D</p> <p>AUTRE SECTEUR PRIVE RADIO/TELEVISION/JOURNAUX.....E</p> <p>AMIS/PARENTS/PARTENAIRES.....F</p> <p>AUTRE _____ G (PRECISER)</p> <p>NSP.....H</p>	
914	<p>Où est-qu'on peut se faire des tests pour savoir si on a le SIDA ?</p> <p>ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST CITE</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A</p> <p>CENTRE DE SANTE/PMI.....B</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/INFIRMERIE PRIVE.....C</p> <p>PHARMACIE.....D</p> <p>AUTRE _____ E (PRECISER)</p> <p>NSP.....F</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
915	VERIFIER : A EU DES RELATIONS SEXUELLES 513 DEPUIS 2 MOIS <input type="checkbox"/>	N'A PAS EU DE RELATIONS SEXUELLES DEPUIS 2 MOIS <input type="checkbox"/>	→922
916	Lors des relations sexuelles que vous avez eu ces 2 derniers mois, avez-vous utilisé des condoms ?	OUI.....1 NON.....2	→921
917	Les avez-vous utilisés à chaque fois, parfois ou rarement ?	A CHAQUE FOIS.....1 PARFOIS.....2 RAREMENT.....3	
918	Pourquoi avez-vous utilisé ces condoms ? ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST CITE	EVITER UNE GROSSESSE.....A EVITER MALADIES SEXUELLES.....B EVITER SIDA.....C AUTRE.....D (PRECISER) NSP.....E	
919	Où vous êtes-vous, ou votre mari/partenaire, procuré les condoms ?	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....11 CENTRE DE SANTE/PHI.....12 SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/INFIRMERIE PRIVE.....21 PHARMACIE.....22 AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/TABLIER/SUPERMARCHE..31 HOTEL/MAQUIS/BAR/DANCING.....32 AMIS/PARENTS/PARTENAIRES.....33 AUTRE.....41 (PRECISER) NSP.....98	
920	Quelle est la marque des condoms que votre mari/conjoint ou partenaire utilise ?	PRUDENCE.....1 SULTAN.....2 AUTRES.....3 (PRECISER) NSP.....8	
921	Avec combien de partenaires avez-vous eu des relations sexuelles ces 2 derniers mois ?	NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/> AVEC MARI/CONJOINT OU PARTENAIRE UNIQUEMENT.....95 PLUSIEURS.....96	
922	INSCRIRE L'HEURE DE FIN D'ENTRETIEM	HEURE..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECTION 10. TAILLE ET POIDS

1001	VERIFIER 215, 216:	<input type="checkbox"/> UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANVIER 1991	<input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1991 → FIN
------	--------------------	---	--

ENQUETRICE: EN 1002(COLOMES 2-4) ENREGISTRER LE N° DE LIGNE DE CHAQUE ENFANT NE DEPUIS JANVIER 1991 ET ENCORE EN VIE.

EN 1003 ET 1004 ENREGISTRER LE NOM ET LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENQUETEE ET DE CHAQUE ENFANT ENFANT EN VIE, NE DEPUIS JANVIER 1991. EN 1006 ET 1008 NOTER LA TAILLE ET LE POIDS DE L'ENQUETEE ET DES ENFANTS VIVANTS.
 (NOTE: TOUTES LES ENQUETEEES AVEC UNE NAISSANCE OU PLUS DEPUIS JANVIER 1991 DOIVENT ETRE PESEES ET MEASUREES MEME SI TOUS LES ENFANTS SONT DECEDES).
 (S'IL Y A PLUS DE 3 ENFANTS VIVANTS NES DEPUIS JANVIER 1991, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).

	1 ENQUETEE	2 DERNIER ENFANT EN VIE	3 AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE	4 AVANT-AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE
1002 N° DE LIGNE DE LA Q.212		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1003 NOM, DE LA Q.212 POUR LES ENFANTS	(NOM) _____	(NOM) _____	(NOM) _____	(NOM) _____
1004 DATE DE NAISSANCE DE Q.105 POUR L'ENQUETEE DE Q.215 POUR LES ENFANTS ET DEMANDEZ LE JOUR DE NAISSANCE	MOIS..... <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/>
1005 CICATRICE DU BCG SUR L'AVANT-BRAS GAUCHE		CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2	CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2	CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2
1006 TAILLE (en centimètres)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1007 LES ENFANTS ONT-ILS ETE MESURES COUCHEES OU DEBOUT?		COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2
1008 POIDS (en kilogrammes)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1009 DATE DE PESEE ET DE MESURE	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/>
1010 RESULTAT	MESURE.....1 ABSENTE.....3 REFUSE.....4 AUTRE.....6 (PRECISER) _____	ENFANT MESURE..1 ENFANT MALADE..2 ENFANT ABSENT..3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE...5 AUTRE.....6 (PRECISER) _____	ENFANT MESURE..1 ENFANT MALADE..2 ENFANT ABSENT..3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE...5 AUTRE.....6 (PRECISER) _____	ENFANT MESURE..1 ENFANT MALADE..2 ENFANT ABSENT..3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE...5 AUTRE.....6 (PRECISER) _____
1011 NOM DE L'OPERATEUR:	<input type="text"/>	NOM DE L'ASSISTANT*:	<input type="text"/>	

* Codes: Mère: 90; Autres membres du ménage: 91; Autres personnes: 92.

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRICE
(A remplir après l'achèvement de l'interview)

Commentaires sur l'enquêtée: _____

Commentaires sur des questions particulières: _____

Autres commentaires: _____

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

Nom du chef d'équipe: _____ Date: _____

OBSERVATIONS DU CONTROLEUR(SE)

