



ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ, ET À INDICATEURS MULTIPLES EDS/MICS-2011
QUESTIONNAIRE FEMME

IDENTIFICATION														
NOM DE LA LOCALITÉ _____ NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____ RÉGION _____ NUMÉRO DE LA GRAPPE NUMÉRO DE LA STRUCTURE NOM DU CHEF DE MÉNAGE ET NUMÉRO DU MÉNAGE _____ NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____				RÉGION GRAPPE STRUCTURE MÉNAGE FEMME <table border="1" style="float: right; margin-top: 10px; border-collapse: collapse;"> <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> <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> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>										
VÉRIFIER LA COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE: MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ET LE TEST VIH? (OUI=1, NON=2)	MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR ENQU. HOMME <input type="checkbox"/>													
VÉRIFIER LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE: SI LE MÉNAGE N'EST PAS SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME, VÉRIFIER Q.514 DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE: CETTE FEMME A ÉTÉ SÉLECTIONNÉE POUR LA SECTION RELATIONS DANS LE MÉNAGE? (OUI=1, NON=2)	FEMME SÉLECTIONNÉE POUR RELATIONS DANS LE MÉNAGE <input type="checkbox"/>													
VISITES D'ENQUÊTRICES														
	1	2	3	VISITE FINALE										
DATE NOM DE L'ENQUÊTRICE RÉSULTAT*	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	JOUR MOIS ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td></tr></table> N° ENQUÊT. <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> RÉSULTAT	2	0								
2	0													
PROCHAINE: DATE VISITE HEURE	_____ _____	_____ _____	_____ _____	NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="checkbox"/>										
*CODES RÉSULTAT 1 REMPLI 4 REFUSÉ 2 PAS À LA MAISON 5 PARTIELLEMENT REMPLI 7 AUTRE _____ (PRÉCISER) 3 DIFFÉRÉ 6 INCAPACITÉ														
LANGUE DU QUESTIONNAIRE (FRANÇAIS=1 / ANGLAIS=2) LANGUE DE INTERVIEW** INTERPRETE: (OUI=1 / NON=2)			LANGUE QUESTION. <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td></tr></table> LANGUE INTERVIEW <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> INTERPRETE <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		1									
1														
**CODES LANGUE: 1=Français / 2=ANGLAIS / 3=FUFULDE / 4=EWONDO / 5=PIDGIN / 6=AUTRES														
CHEF D'ÉQUIPE NOM _____ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> DATE _____				CONTRÔLEUSE NOM _____ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> DATE _____				CONTRÔLE BUREAU <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			SAISI PAR <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATION

Bonjour. Je m'appelle _____ et je travaille pour l'Institut National de la Statistique. Nous effectuons actuellement une enquête nationale au cours de laquelle nous posons des questions aux femmes (et aux hommes) sur des problèmes qui concernent la santé. Nous souhaiterions vivement que vous participiez à cette enquête. Ces informations seront très utiles au gouvernement pour mettre en place des services de santé. Cette enquête dure généralement entre 30 et 60 minutes. Les informations que vous nous fournirez sont strictement confidentielles et ne seront transmises à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.

La participation à cette enquête est volontaire et s'il arrivait que nous posions une question à laquelle vous ne souhaitez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante. Vous pouvez aussi interrompre l'interview à n'importe quel moment. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette enquête car votre opinion est particulièrement importante pour nous.

Avez-vous des questions à me poser 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 ... 2 → FIN



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
101	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	En quel mois et en quelle année êtes-vous née?	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	
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 102 ET/OU 103 SI INCOHÉRENT	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	

SI ÂGE INFÉRIEUR À 15 ANS OU SUPÉRIEUR À 49 ANS, ARRÊTER L'INTERVIEW

104	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI 1 NON 2	→ 108
105	Quel est le niveau d'études le plus élevé que vous avez atteint : primaire, secondaire 1er cycle/2nd cycle ou supérieur?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 1er CYCLE 2 SECONDAIRE 2ème CYCLE 3 SUPÉRIEUR 4	
106	Quelle est la dernière (classe/année) que vous avez achevée à ce niveau avec succès?*	ANNÉE/CLASSE <input type="text"/>	

Codes pour Q.106

NI-VEAU	PRIMAIRE	SECONDAIRE 1er Cycle	SECONDAIRE 2nd Cycle	SUPÉRIEUR
CLASSE	MOINS 1 AN. = 0	Moins 1 an = 0	Moins 1 An. = 0	Moins 1 An. = 0
	SIL/Class1 = 1	6è/1ère A.T./Form 1 = 1	2nde G ou T/Form 5 = 1	1è année = 1
	CP/CPS/class2 = 2	5è/2è A.T./Form 2 = 2	1ère G ou T/Lower 6 = 2	2è année = 2
	CE1/Class3 = 3	4è/3è A.T./Form 3 = 3	Terminale G ou T/Upper 6 = 3	3è année = 3
	CE2/Class4 = 4	3è/4è A.T./Form4 = 4		4è an. ou + = 4
	CM1/Class5 = 5			
	CM2/Class6/7 = 6			

SECTION 2. REPRODUCTION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À								
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues au cours de votre vie. Avez-vous déjà 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 bébé qui a crié ou a montré un signe de vie à la naissance mais qui n'a pas survécu ?	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 1 ^{ère} que vous avez eue. NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. NOTER LES JUMEAUX/TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES. (S'IL Y A PLUS DE 12 NAISSANCES, UTILISER UN (DES) QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE), EN COMMENÇANT À LA SECONDE LIGNE.									
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 ?	Est-ce que (NOM) est un garçon ou une fille ?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM) ? INSISTER : Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle toujours en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	NOTER LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e) ? SI '1 AN', INSISTER : Quel était l'âge de (NOM) en mois? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANNÉES.	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM) ? y compris des enfants décédés après la naissance?
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° LIGNE <input type="text"/> ↓ (NAISS.SUIV.)	JOURS... 1 <input type="text"/> MOIS... 2 <input type="text"/> ANNÉES... 3 <input type="text"/>	
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° LIGNE <input type="text"/> ↓ (PASSER 221)	JOURS... 1 <input type="text"/> MOIS... 2 <input type="text"/> ANNÉES... 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTER ← NAISS. NON 2 NAISS. ← SUIVANTE
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° LIGNE <input type="text"/> ↓ (PASSER 221)	JOURS... 1 <input type="text"/> MOIS... 2 <input type="text"/> ANNÉES... 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTER ← NAISS. NON 2 NAISS. ← SUIVANTE
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° LIGNE <input type="text"/> ↓ (PASSER 221)	JOURS... 1 <input type="text"/> MOIS... 2 <input type="text"/> ANNÉES... 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTER ← NAISS. NON 2 NAISS. ← SUIVANTE
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° LIGNE <input type="text"/> ↓ (PASSER 221)	JOURS... 1 <input type="text"/> MOIS... 2 <input type="text"/> ANNÉES... 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTER ← NAISS. NON 2 NAISS. ← SUIVANTE
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° LIGNE <input type="text"/> ↓ (PASSER 221)	JOURS... 1 <input type="text"/> MOIS... 2 <input type="text"/> ANNÉES... 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTER ← NAISS. NON 2 NAISS. ← SUIVANTE
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° LIGNE <input type="text"/> ↓ (PASSER 221)	JOURS... 1 <input type="text"/> MOIS... 2 <input type="text"/> ANNÉES... 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTER ← NAISS. NON 2 NAISS. ← SUIVANTE

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre enfant suivant? (NOM)	(NOM) est-il/elle une naissance simple ou multiple ?	Est-ce que (NOM) est 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 L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	218 SI EN VIE : (NOM) vit-il/elle avec vous ?	219 SI EN VIE : NOTER LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI L'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 était l'âge de (NOM) en mois? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANNÉES.	221 Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM) ? y compris des enfants décédés après la naissance?
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° LIGNE <input type="text"/> ↓ (PASSER 221)	JOURS ... 1 <input type="text"/> MOIS ... 2 <input type="text"/> ANNÉES ... 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTER ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
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° LIGNE <input type="text"/> ↓ (PASSER 221)	JOURS ... 1 <input type="text"/> MOIS ... 2 <input type="text"/> ANNÉES ... 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTER ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
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° LIGNE <input type="text"/> ↓ (PASSER 221)	JOURS ... 1 <input type="text"/> MOIS ... 2 <input type="text"/> ANNÉES ... 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTER ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
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° LIGNE <input type="text"/> ↓ (PASSER 221)	JOURS ... 1 <input type="text"/> MOIS ... 2 <input type="text"/> ANNÉES ... 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTER ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
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° LIGNE <input type="text"/> ↓ (PASSER 221)	JOURS ... 1 <input type="text"/> MOIS ... 2 <input type="text"/> ANNÉES ... 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTER ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
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	COMPARER 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER : NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> → (INSISTER ET CORRIGER)								
224	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2005 OU PLUS TARD. SI AUCUNE, ENREGISTRER '0'.								<input type="text"/>

SECTION 3. CONTRACEPTION			
N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
301	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE)?		
01	STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une opération chirurgicale pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI 1 NON 2	
02	STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération chirurgicale 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	
04	DIU/STERILET Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin, la sage-femme ou l'infirmier/ière leur place à l'intérieur du vagin.	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	
06	IMPLANTS Les femmes peuvent se faire insérer, par un médecin ou une infirmière, sous la peau du haut du bras plusieurs petits bâtonnets qui les empêchent de tomber enceinte pendant une année ou plus.	OUI 1 NON 2	
07	CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis avant les rapports sexuels.	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	
09	DIAPHRAME Les femmes peuvent se placer un diaphragme dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2	
10	MOUSSE OU GELÉE Les femmes peuvent s'insérer un suppositoire, se mettre de la gelée ou de la crème dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2	
11	MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRÉE (MAMA). Jusqu'à six mois après une naissance, une femme peut utiliser une méthode qui nécessite d'allaiter souvent, jour et nuit, et que ses règles ne soient pas revenues.	OUI 1 NON 2	
12	RHYTHME/ABSTINENCE PÉRIODIQUE/BILLINGS (Glaire cervicale) 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	
13	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI 1 NON 2	
14	PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre des pilules spéciales à n'importe quel moment dans les cinq jours qui suivent des rapports sexuels non protégés, pour éviter de tomber enceinte.	OUI 1 NON 2	
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	→ 333
309	VÉRIFIER 226: NON ENCEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE ↓		→ 333
310	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse/tomber enceinte ?	OUI 1 NON 2	→ 333
311	Quelle méthode utilisez-vous actuellement? ENTOURER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI PLUS D'UNE MÉTHODE MENTIONNÉE, SUIVRE LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE CORRESPONDANT À LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE	STÉRILISATION FÉMININE A STÉRILISATION MASCULINE B PILULE C DIU D INJECTIONS E IMPLANTS F CONDOM G CONDOM FÉMININ H DIAPHRAGME I MOUSSE/GELÉE J MAMA K RHYTHME/ABSTINENCE PÉRIODIQUE..... L RETRAIT M AUTRE _____ X (PRÉCISER)	→ 319A

316	<p>Dans quel établissement a eu lieu la stérilisation?</p> <p>INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SOURCE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L' HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PRIVÉ OU PUBLIC, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC/ PARA PUBLIC</p> <p>HÔPITAL 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ 12</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ 16</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ CONFESIONNEL . 21</p> <p>HÔPITAL LAIC/ CLINIQUE 22</p> <p>CENTRE DE SANTÉ/DISPENSAIRE CONFESIONNEL/MISSION 23</p> <p>AUTRE PRIVÉ MEDICAL _____ 26</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>							
319	<p>En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée?</p>	<p>MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p>							319A
319A	<p>Depuis quel mois et quelle année utilisez-vous (MÉTHODE CITÉE EN PREMIER À 311) sans interruption?</p> <p>INSISTER: Depuis combien de temps utilisez-vous (MÉTHODE CITÉE EN PREMIER À Q.311) de façon continue?</p>								
320	<p>VÉRIFIER 319/319A, 215 ET 230 :</p> <p>IL Y A EU À <u>215</u> UNE NAISSANCE OU À <u>230</u> UNE GROSSESSE TERMINÉE PAR UNE FAUSSE-COUCHE UN AVORTEMENT OU UN MORT-NÉ APRÈS LE <u>MOIS ET L'ANNÉE</u> DU DÉBUT DE L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À <u>319/319A</u></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON ↓ ↓ ↓ ↓ </p> <p>SI OUI : RETOURNER À 319/319A POUR CORRIGER, INSISTER POUR ENREGISTRER LE MOIS ET L'ANNÉE DE DÉBUT DE L'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE (<u>LA DATE DOIT ÊTRE APRÈS CELLE DE LA DERNIÈRE NAISSANCE OU DERNIÈRE GROSSESSE</u>)</p>								
321	<p>VÉRIFIER 319/319A :</p> <p style="text-align: center;"> L'ANNÉE EST 2005 <input type="checkbox"/> OU PLUS TARD ↓ L'ANNÉE EST 2004 <input type="checkbox"/> OU AVANT → 331 </p>								
323	<p>VÉRIFIER 311:</p> <p>ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE:</p> <p>SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 311 ENCERCLER LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.</p>	<p>AUCUN CODE ENCERCLÉ 00</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>GELÉE/MOUSSE 10</p> <p>MAMA 11</p> <p>RYTHME/ABSTINENCE PÉRIODIQUE 12</p> <p>RÉTRAIT 13</p> <p>AUTRE MÉTHODE 96</p>	<p>→ 333</p> <p>→ 326</p> <p>→ 335</p> <p>→ 324A</p> <p>→ 324A</p> <p>→ 335</p> <p>→ 335</p>						

324 324A	Où avez-vous obtenu (MÉTHODE DE 323) quand vous avez commencé à l'utiliser? Où avez-vous appris à utiliser la méthode de la MAMA/rythme/abstinence prédiologique? SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L' HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PRIVÉ OU PUBLIC, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	<p>SECTEUR PUBLIC/ PARA PUBLIC HÔPITAL 11 CENTRE DE SANTÉ 12 AUTRE PUBLIC 16 (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ CONFESIONNEL 21 HÔPITAL LAIC/ CLINIQUE 22 CENTRE DE SANTÉ/DISPENSAIRE CONFESIONNEL/MISSION 23 CABINET MEDICAL 24 (A PRÉCISER) PHARMACIE 25 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL 26 (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SECTEUR PRIVÉ BOUTIQUE/ MARCHÉ 31 INSTITUTION RELIGIEUSE 32 AMIS /PARENTS 33 AUTRE 96 (PRÉCISER)</p>	
325	VÉRIFIER 311: ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE: S'IL Y A PLUS D'UN CODE ENCLERCLÉ À 311 ENCLERCLER LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.	PILULE 03 DIU/STERILET 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 MOUSSE/GELÉE 10 MAMA 11 RYTHME/ABSTINENCE PERIODIQUE 12	 → 332 → 329 → 329 → 329 → 335 → 335
326	Vous avez obtenu votre (MÉTHODE ACTUELLE DE 323) de (SOURCE DE LA MÉTHODE DE Q. 316 OU 324) en (DATE DE Q.319/319A). 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	→ 328
327	Avez-vous déjà été informée par le personnel de santé ou par un agent de la planification familiale des effets secondaires ou des problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI 1 NON 2	→ 329
328	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	
329	<p>VÉRIFIER 326:</p> <p>CODE '1' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE '1' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>À ce moment-là, vous a t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?</p> <p>Quand vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE DE 323) à (SOURCE DE LA MÉTHODE DE Q. 316 OU 324) vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser?</p>	OUI 1 NON 2	→ 331
330	Est-ce qu'un professionnel de la santé ou un agent de planification familiale vous a parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser?	OUI 1 NON 2	

331	VÉRIFIER 311: ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE: S'IL Y A PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 311, ENCERCLER LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 PILULE 03 DIU/STERILET 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 GELÉE/MOUSSE 10 MAMA 11 RYTHME/ABSTINENCE PERIODIQUE 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE 96	→ 335 → 335
332	Où avez-vous obtenu (MÉTHODE DE 323) la dernière fois? INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SOURCE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L' HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PRIVÉ OU PUBLIC, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC/ PARA PUBLIC HÔPITAL 11 CENTRE DE SANTÉ 12 AUTRE PUBLIC 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ CONFESIONNEL 21 HÔPITAL LAIC/ CLINIQUE 22 CENTRE DE SANTÉ/DISPENSAIRE CONFESIONNEL/MISSION 23 CABINET MEDICAL 24 (A PRÉCISER) PHARMACIE 25 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL 26 (PRÉCISER) AUTRE SECTEUR PRIVÉ BOUTIQUE/ MARCHÉ 31 INSTITUTION RELIGIEUSE 32 AMIS /PARENTS 33 AUTRE 96 (PRÉCISER)	→ 335
333	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?	OUI 1 NON 2	→ 335
334	Quel est cet endroit? Aucun autre endroit? INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SOURCE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L' HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PRIVÉ OU PUBLIC, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC/ PARA PUBLIC HÔPITAL A CENTRE DE SANTÉ B AUTRE PUBLIC C (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ CONFESIONNEL D HÔPITAL LAIC/ CLINIQUE E CENTRE DE SANTÉ/DISPENSAIRE CONFESIONNEL/MISSION F CABINET MEDICAL G (PRÉCISER) PHARMACIE H AUTRE PRIVÉ I MEDICAL I (PRÉCISER) AUTRE SECTEUR PRIVÉ BOUTIQUE J INSTITUTION RELIGIEUSE K AMIS/PARENTS L AUTRE X (PRÉCISER)	
335	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu la visite d'un agent qui vous a parlé de planification familiale ?	OUI 1 NON 2	
336	Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un centre de santé pour recevoir des soins pour vous (ou pour vos enfants) ?	OUI 1 NON 2	→ 401
337	Est-ce qu'un membre du personnel du centre de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale à une de ces occasions ?	OUI 1 NON 2	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

401	VÉRIFIER 224: UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2005 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> PAS DE NAISSANCE EN 2005 OU PLUS TARD /OU QUESTION NON POSÉE <input type="checkbox"/> → 576		
402	VÉRIFIER 215: INSCRIRE DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2005 OU PLUS TARD. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y EN A PLUS DE 3, UTILISER LES 2 DERNIÈRES COLONNES DU(DES) QUESTIONNAIRE(S) ADDITIONNEL(S)). Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé de tous vos enfants nés dans les 5 dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).		
403	DERNIÈRE NAISSANCE N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISS. N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
404	SELON Q.212 ET Q. 216 NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>
405	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à <u>ce moment-là</u> , vouliez-vous <u>attendre</u> plus tard, ou vouliez-vous <u>pas (ne plus)</u> avoir d'enfant ? À CE MOMENT ... 1 (PASSER À 407) ← PLUS TARD ... 2 NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 407) ←	À CE MOMENT ... 1 (PASSER À 432) ← PLUS TARD ... 2 NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 432) ←	À CE MOMENT ... 1 (PASSER À 432) ← PLUS TARD ... 2 NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 432) ←
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.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME . B AIDE SOIGNANTE C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE . D AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ DU VILLAGE . E AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y (PASSER À 414) ←	
408	Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette grossesse? Un autre endroit? INSISTER POUR DÉTERMINER LE/LES TYPES D'ENDROITS ET ENCERCLER LE/LES CODES APPROPRIÉS. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	DOMICILE VOTRE DOMICILE .. A AUTRE DOMICILE .. B SECTEUR PUBLIC/PARA HÔPITAL . C CENTRE DE SANTÉ D AUTRE PUBLIC _____ E (PRÉCISER) SECTEUR MÉD. PRIVÉ HÔPITAL CONFES F HÔPITAL PRIVE LAIC/ CLINIQUE..... G CENTRE DE SANTÉ/ DISPENS. CONFES H CABINET MEDICAL I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ J (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER)	

N ^o	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AV. AV. DERNIÈRE NAISS NOM _____
409	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98		
410	Durant cette grossesse, combien de fois êtes-vous allée en consultation prénatale?	NOMBRE DE FOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98		
411	Est-ce qu'au cours des visites prénatales pour cette grossesse, vous avez effectué, au moins une fois, les examens suivants? Vous-a-t-on pesée ? Vous-a-t-on pris la tension ? Vous a t-on prélevé de l'urine? Vous a t-on prélevé du sang? Vous-a-t-on mesuré la taille ? Vous-a-t-on fait le toucher vaginal ?	OUI NON POIDS 1 2 TENSION 1 2 URINE 1 2 SANG 1 2 TAILLE 1 2 TOUCHER VAG. 1 2		
412	Au cours de ces consultations prénatales, est-ce qu'on vous a parlé des signes de complication de la grossesse?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
414	Durant cette grossesse, vous a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 417) ← NE SAIT PAS 8		
415	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection ?	NBRE DE FOIS ... <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 8		
416	VÉRIFIER 415:	2 FOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSER À 421)		
417	Est-ce qu'à n'importe quel moment avant cette grossesse, on vous a fait des injections contre le tétanos, soit pour vous protéger vous-même soit pour protéger un autre bébé?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 421) ← NE SAIT PAS 8		
418	Avant cette grossesse, combien avez-vous reçu d'autres injections contre le tétanos? SI 7 OU PLUS, INSCRIRE '7'.	NBRE INJECTION. . <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 8		
420	En quel mois et en quelle année avez reçu cette(la dernière) injection contre le tétanos?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NSP MOIS , 98 ANNEE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 421) ← NSP ANNEE 9998		
420A	Il y a combien d'années que vous avez reçu cette(la dernière) injection contre le tétanos?	ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>		

N ^o	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AV. AV. DERNIÈRE NAISS NOM _____		
421	Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop /gélule contenant du fer? MONTRER COMPRIMÉS/SIROP	OUI 1 NON 2 (PASSER À 423) ← | NE SAIT PAS 8				
422	Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris ces comprimés ou ce sirop? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	JOURS. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998				
423	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8				

N ^o	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AV. AV. DERNIÈRE NAISS NOM _____
426	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 432) ← NE SAIT PAS 8		
427	Quel médicament avez-vous pris? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS DÉTERMINÉ MONTRER DES ANTIPALUDÉENS COURANTS À L'ENQUÊTÉE.	SP/FANSIDAR MALOXINE..... A AMODIAQUINE/ FLAVOQ/CAMOQUIN B CHLOROQUINE/ NIVAQUINE..... C QUININE/QUINIMAX D COARTEM..... E AUTRE _____ X (PRÉCISER) MÉDICAMENT . INCONNU..... Z		
428	VÉRIFIER 427: TYPE D'ANTIPALUDÉENS PRIS À TITRE PRÉVENTIF PENDANT LA GROSSESSE.	CODE 'A' CODE ENCERCLÉ A' NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓ (PASSER À 432) ←		
429	Combien de fois avez-vous pris de SP/Fansidar/Maloxine durant cette grossesse?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>		
430	VÉRIFIER 407: SOINS PRÉNATALS PAR DU PERSONNEL DE SANTÉ DURANT CETTE GROSSESSE	CODE 'A', AUTRE B' OU 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 432) ←		
431	Est-ce qu'on vous a donné de SP/Fansidar/Maloxine durant une visite prénatale, durant une autre visite dans une formation sanitaire ou dans un autre endroit?	VISITE PRÉNATALE .. 1 AUTRE VISITE MÉDICALE..... 2 AUTRE SOURCE 6		
432	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
433	(NOM) a-t-il/elle été pesé(e) à la naissance ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 435) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 435) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 435) ← NE SAIT PAS 8
434	Combien (NOM) pesait-il/elle ? ENREGISTRER LE POIDS PORTÉ SUR LE CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 9.998	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 9.998	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 9.998

N ^o	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AV. AV. DERNIÈRE NAISS NOM _____												
435	<p>Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM) ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE PERSONNE NE L'A ASSISTÉE, INSISTER POUR DÉTERMINER SI AUCUN ADULTE N'ÉTAIT PRÉSENT À L'ACCOUCHEMENT.</p>	<p>PROF. SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE(S)/SAGE-FEMME B AIDE SOIGNANT C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. ... D PARENTS/AMIS .. E</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y</p>	<p>PROF. SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE(S)/SAGE-FEMME B AIDE SOIGNANT C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. ... D PARENTS/AMIS .. E</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y</p>	<p>PROF. SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE(S)/SAGE-FEMME B AIDE SOIGNANT C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. ... D PARENTS/AMIS .. E</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y</p>												
436	<p>Où avez-vous accouché de (NOM)?</p> <p>INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>DOMICILE VOTRE DOMICILE. 11 (PASSER À 444) ← AUTRE DOMICILE. 12 SECTEUR PUBLIC/PARA HÔPITAL 21 CENTRE DE SANTÉ 22 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVE/ CONFESS..... 31 HÔPITAL PRIVE/ LAIC/CLINIQUE 32 CENTRE DE SANTE/ DISPENS/MISSION 33 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 444) ←</p>	<p>DOMICILE VOTRE DOMICILE. 11 (PASSER À 455) ← AUTRE DOMICILE. 12 SECTEUR PUBLIC/PARA HÔPITAL 21 CENTRE DE SANTÉ 22 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVE/ CONFESS..... 31 HÔPITAL PRIVE/ LAIC/CLINIQUE 32 CENTRE DE SANTE/ DISPENS/MISSION 33 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 455) ←</p>	<p>DOMICILE VOTRE DOMICILE. 11 (PASSER À 455) ← AUTRE DOMICILE. 12 SECTEUR PUBLIC/PARA HÔPITAL 21 CENTRE DE SANTÉ 22 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVE/ CONFESS..... 31 HÔPITAL PRIVE/ LAIC/CLINIQUE 32 CENTRE DE SANTE/ DISPENS/MISSION 33 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 455) ←</p>												
438	<p>Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>												
439	<p>Avant de quitter l'établissement, après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé vous a examinée?</p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSER À 442) ←</p>														
440	<p>Combien de temps après l'accouchement, a eu lieu votre premier examen de santé?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTRER EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTRER EN JOURS.</p>	<p>HEURES 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></p> <p>JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>SEMAINE: 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS ... 998</p>														
441	<p>Qui vous a examinée à ce moment-là?</p> <p>INSISTER POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME..... 12 AIDE SOIGNANTE...13 AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. ... 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ DU VILLAGE ... 22 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 453) ←</p>														

N ^o	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AV. AV. DERNIÈRE NAISS NOM _____												
442	Après avoir quitté l'établissement, est-ce qu'un professionnel de la santé ou une accoucheuse traditionnelle vous a examinée?	OUI 1 (PASSER À 445) ← NON 2 (PASSER À 453) ←														
444	Après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une accoucheuse traditionnelle vous a examinée?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 449) ←														
445	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu votre premier examen de santé? SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTRER EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTRER EN JOURS.	HEURES 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> JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> SEMAINE 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NE SAIT PAS . 998														
446	Qui vous a examinée à ce moment-là? INSISTER POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME . 12 AIDE SOIGNANTE 13 AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION... 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ DU VILLAGE ,, 22 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)														
447	Où a eu lieu ce premier examen? INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT _____ (NOM DE L'ENDROIT)	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC/PARA. HÔPITAL 21 CENTRE DE SANTÉ 22 POSTE DE SANTÉ GOUV. 23 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVE/ CONFESS..... 31 HÔPITAL PRIVE/ LAIC/CLINIQUE 32 CENTRE DE SANTE/ DISPENS/MISSION 33 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)														
448	VÉRIFIER 442:	OUI PAS POSÉE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSER À 453)														
449	Dans les deux mois qui ont suivi la naissance de (NOM), est-ce qu'un prestataire de santé ou une accoucheuse traditionnelle l'a examiné(e)?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 453) ← NE SAIT PAS 8														

N ^o	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AV. AV. DERNIÈRE NAISS NOM _____													
450	Combien d'heures, de jours, de semaines après la naissance de (NOM), le premier examen a-t-il eu lieu? SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTRER EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTRER EN JOURS.	HEURES 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> JOURS .. 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> SEMAINE: 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NE SAIT PAS . . . 998															
451	Qui a examiné (NOM) à ce moment-là? INSISTER POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN..... 11 INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME . 12 AIDE SOIGNANTE 13 AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION... 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTÉ/ VILLAGE 22 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)															
452	Où a eu lieu ce premier examen de (NOM)? INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT _____ (NOM DE L'ENDROIT)	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC/PARA. HÔPITAL..... 21 CENTRE DE SANTÉ 22 POSTE DE SANTÉ GOUV. 23 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVE/ CONFESS..... 31 HÔPITAL PRIVE/ LAIC/CLINIQUE 32 CENTRE DE SANTE/ DISPENS/MISSION 33 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)															
453	Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme celle-ci ? MONTRER MODÈLES COURANTS D'AMPOULE/COMPRIMÉ/SIROP	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8															
454	Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM) ?	OUI 1 (PASSER À 456) ← NON 2 (PASSER À 457) ←															
455	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante?		OUI 1 NON 2 (PASSER À 459) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 459) ←													
456	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ?	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> NE SAIT PAS 98			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> NE SAIT PAS 98							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> NE SAIT PAS 98					

N ^o	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AV. AV. DERNIÈRE NAISS NOM _____
457	VÉRIFIER 226: L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ENCEINTE?	PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> (PASSER À 459)		
458	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 460)		
459	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
460	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 467)	OUI 1 NON 2 (PASSER À 467)	OUI 1 NON 2 (PASSER À 467)
461	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 HOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>		
462	Dans les 3 jours qui ont suivi sa naissance, est-ce que (NOM) a bu autre chose que le lait maternel?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 464)		
463	Qu'a-t-on donné à boire à (NOM)? Quelque chose d'autre? ENCERCLER TOUS LES LIQUIDES MENTIONNÉS	LAIT (AUTRE QUE LAIT MATERNEL) . . . A EAU B EAU SUCRÉE / EAU GLUCOSÉE C INFUSION CALMANTE POUR COLIQUES D SOLUTION EAU SALÉE-SUCRÉE E JUS DE FRUIT F PRÉPARATION POUR BÉBÉ G THÉ/INFUSIONS ... H MIEL I AUTRE X (PRÉCISER)		
464	VÉRIFIER 404: L'ENFANT EST-IL VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 466)		
465	Allaitez-vous encore (NOM)?	OUI 1 (PASSER À 468) NON 2		
466	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"/> ALLAITE ENCORE 95 NE SAIT PAS ... 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ALLAITE ENCORE 95 NE SAIT PAS ... 98
467	VÉRIFIER 404: L'ENFANT EST-IL VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (RETOURNER À 405 À COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 501 (PASSER À 470)	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (RETOURNER À 405 À COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 501 (PASSER À 470)	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (RETOURNER À 405 À AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 501 (PASSER À 470)

N ^o	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AV. AV. DERNIÈRE NAISS NOM _____
468	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière, entre le coucher et le lever du soleil ? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE D'ALLAIT. DE NUIT . <input type="text"/> <input type="text"/>		
469	Hier, combien de fois avez-vous allaité, pendant les heures de la journée ? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE D'ALLAIT. DE JOUR . <input type="text"/> <input type="text"/>		
470	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
470A	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
470B	Hier, durant le jour ou la nuit, combien de fois (NOM) a-t-il/elle été nourri(e) de purées ou d'aliments solides/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
471		RETOURNER À 405 À LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER À 501.	RETOURNER À 405 À LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER À 501.	RETOURNER À 405 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER À 501.

SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS, SANTÉ ET NUTRITION DES FEMMES ET DES ENFANTS

501	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2005 et APRÈS. 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 DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).												
502	N° DE LIGNE DE 212	DERNIÈRE NAISSANCE N° DE LIGNE <input type="text"/>			AVANT-DERNIÈRE NAISS. N° DE LIGNE <input type="text"/>			AV.- AV. DERNIÈRE NAISS. N° DE LIGNE <input type="text"/>					
503	DE 212 ET 216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLER À 503 COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER À 573)			NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLER À 503 COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER À 573)			NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLER À 503 AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTION. OU SI PLUS DE NAISS. ALLER À 573)					
504	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 À 506) ← OUI, PAS VU 2 (PASSER À 508) ← PAS DE CARNET 3			OUI, VU 1 (PASSER À 506) ← OUI, PAS VU 2 (PASSER À 508) ← PAS DE CARNET 3			OUI, VU 1 (PASSER À 506) ← OUI, PAS VU 2 (PASSER À 508) ← PAS DE CARNET 3					
505	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM)?	OUI 1 (PASSER À 508) ← NON 2			OUI 1 (PASSER À 508) ← NON 2			OUI 1 (PASSER À 508) ← NON 2					
506	<p>(1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN, À PARTIR DU CARNET.</p> <p>(2) NOTER '44' À LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE.</p> <p>(3) SI PLUS DE DEUX DOSES DE VITAMINE 'A', ENREGISTRER LES DATES POUR LA DERNIÈRE ET AVANT-DERNIÈRE DOSES.</p>												
		DERNIÈRE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE			AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE			AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE					
	BCG (Tuberculose)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	VPO-0 (POLIO À LA NAISS.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VPO-0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VPO-0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	VPO-1 (POLIO 1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VPO-1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VPO-1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	VPO-2 (POLIO 2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VPO-2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VPO-2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	VPO-3 (POLIO 3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VPO-3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VPO-3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	DTCoq1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DTC1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DTC	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	DTCoq 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DTC2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DTC2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	DTCoq 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DTC3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DTC3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	VAR (ROUGEOLE)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VAR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VAR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	VAA (FIEVRE JAUNE)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VAA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VAA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	HÉP B1 (HÉPATITE B1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HEPB1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HEPB1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	HÉP B2 (HÉPATITE B2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HEPB1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HEPB2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	HÉP B3 (HÉPATITE B3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HEPB3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HEPB3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	VIT A1 (AVITAMONOSE)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VIT A1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VIT A1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	VITA2 (2ième dose)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VIT A2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VIT A2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
506A	VÉRIFIER 506	BCG À HÉP B3 TOUT ENREGISTRÉ <input type="checkbox"/> (ALLER À 512)			AUTRE <input type="checkbox"/>			BCG À HÉP B3 TOUT ENREGISTRÉ <input type="checkbox"/> (ALLER À 512)			AUTRE <input type="checkbox"/>		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
507	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccins qui ne sont pas inscrits sur ce carnet, y compris les vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE LE BCG, LA POLIO 0-3, LE DTcoq 1-3, LA ROUGEOLE, LA FIÈVRE JAUNE, ET/OU L'HÉP. B.	OUI 1 (INSISTER SUR ← LES VACCINS ET NOTER '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506) (PASSER À 512)← NON 2 (PASSER À 512)← NE SAIT PAS 8	OUI 1 (INSISTER SUR ← LES VACCINS ET NOTER '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506) (PASSER À 512)← NON 2 (PASSER À 512)← NE SAIT PAS 8	OUI 1 (INSISTER SUR ← LES VACCINS ET NOTER '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506) (PASSER À 512)← NON 2 (PASSER À 512)← NE SAIT PAS 8
508	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccins pour lui éviter de contracter des maladies, y compris les vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 512)← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 512)← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 512)← NE SAIT PAS 8
509	Dites-moi, s'il vous plaît, si (NOM) a reçu l'un des vaccins suivants.			
509A	Le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans l'avant-bras ou à l'épaule qui laisse généralement une cicatrice?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
509B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 509E)← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 509E)← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 509E)← NE SAIT PAS 8
509C	Le premier vaccin contre la polio a-t-il été donné dans les deux premières semaines après la naissance ou plus tard?	DEUX 1 ^{ère} SEMAINES 1 PLUS TARD 2	DEUX 1 ^{ère} SEMAINES 1 PLUS TARD 2	DEUX 1 ^{ère} SEMAINES 1 PLUS TARD 2
509D	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"/>
509E	Le vaccin du DTcoq, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse, à la fesse ou à l'épaule donnée quelquefois en même temps que les gouttes contre la polio ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 509G)← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 509G)← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 509G)← NE SAIT PAS 8
509F	Combien de fois le vaccin du DTcoq a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
509G	Une vaccination contre la rougeole ou la RRO, c'est-à-dire une injection dans le bras à l'âge de 9 mois ou plus tard pour lui éviter d'avoir la rougeole?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
509H	Une injection contre la fièvre jaune à l'épaule?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
509I	Une injection contre l'hépatite, donnée généralement au bras?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 512)← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 512)← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 512)← NE SAIT PAS 8
509J	Combien de fois le vaccin de l'hépatite a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
512	VÉRIFIER 506: DATE INSCRITE POUR DOSE DE VITAMINE A	DATE POUR LA DOSE LA PLUS RÉCENTE DE VIT. A AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER À 514) ↓	DATE POUR LA DOSE LA PLUS RÉCENTE DE VIT.A AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER À 514) ↓	DATE POUR LA DOSE LA PLUS RÉCENTE DE VIT.A AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER À 514) ↓
513	D'après son carnet de santé, (NOM) a reçu une dose de vitamine A (comme celle(s)-ci) en (MOIS ET ANNÉE DE LA DOSE LA PLUS RÉCENTE SELON LE CARNET). Est-ce que (NOM) a reçu une autre dose de vitamine A depuis? MONTRER MODÈLES COURANTS AMPOULES/COMPRIMÉS/SIROP.	OUI 1 (PASSER À 515) ← NON 2 (PASSER À 516) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 (PASSER À 515) ← NON 2 (PASSER À 516) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 (PASSER À 515) ← NON 2 (PASSER À 516) ← NE SAIT PAS 8
514	Est-ce que (NOM) a déjà reçu une dose de vitamine A (comme celle(s)-ci)? MONTRER MODÈLES COURANTS AMPOULES/COMPRIMÉS/SIROP.	OUI 1 NON 2 (PASSER À 516) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 516) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 516) ← NE SAIT PAS 8
515	Est-ce que (NOM) a reçu une dose de vitamine A au cours des six 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
516	Au cours des sept derniers jours est-ce que (NOM) a pris des comprimés de fer, des granules, du sirop contenant du fer (comme celui(ceux)-ci)? MONTRER TYPES COURANTS DE COMPRIMÉ, GRANULE, SIROP	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
517	Au cours des six derniers mois, est-ce que (NOM) a pris des médicaments contre les vers intestinaux?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
518	Est-ce que (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 533) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 533) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 533) ← NE SAIT PAS 8
519	Est-ce qu'il y avait du sang dans les selles?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
520	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide a été donnée à (NOM) durant sa diarrhée, y compris le lait maternel 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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
521	<p>Quand (NOM) avait la diarrhée, lui avez-vous donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou ne lui avez-vous rien donné à manger?</p> <p>SI MOINS, INSISTER: lui avez-vous donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude?</p>	<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</p>	<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</p>	<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</p>
522	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée?	<p>OUI 1 NON 2 (PASSER À 528) ←</p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSER À 528) ←</p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSER À 528) ←</p>
523	<p>Où avez-vous recherché un conseil ou un traitement?</p> <p>Quelque part ailleurs?</p> <p>INSISTER POUR IDENTIFIER LES TYPES D'ENDROITS ET ENCERCLER LE/LES CODE(S) APPROPRIÉ(S).</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE DE SANTÉ/ CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ/DISPENSAIRE/ PMI B AGENT DE SANTÉ . C AUTRE PUBLIC D (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ CONF. E HÔPITAL PRIVÉ LAIC/ CLINIQUE F CENTRE SANTÉ/ DISPENSAIRE CONF./ MISSION G CABINET MÉDICAL H PHARMACIE I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ J (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE ENDROIT VENDEUR INFORMEL DE MÉDICAM. K GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . . . L GIC/ONG SANTÉ . . . M BOUTIQUE N RELAIS COMM. O AUTRE X (PRÉCISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE DE SANTÉ/ CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ/DISPENSAIRE/ PMI B AGENT DE SANTÉ C AUTRE PUBLIC D (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ CONF. E HÔPITAL PRIVÉ LAIC/ CLINIQUE F CENTRE SANTÉ/ DISPENSAIRE CONF./ MISSION G CABINET MÉDICAL H PHARMACIE I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ J (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE ENDROIT VENDEUR INFORMEL DE MÉDICAM. K GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . . . L GIC/ONG SANTÉ . . . M BOUTIQUE N RELAIS COMM. O AUTRE X (PRÉCISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE DE SANTÉ/ CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ/DISPENSAIRE/ PMI B AGENT DE SANTÉ C AUTRE PUBLIC D (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ CONF. E HÔPITAL PRIVÉ LAIC/ CLINIQUE F CENTRE SANTÉ/ DISPENSAIRE CONF./ MISSION G CABINET MÉDICAL H PHARMACIE I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ J (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE ENDROIT VENDEUR INFORMEL DE MÉDICAM. K GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . . . L GIC/ONG SANTÉ . . . M BOUTIQUE N RELAIS COMM. O AUTRE X (PRÉCISER)</p>
524	VÉRIFIER 523:	<p>2 CODES UN OU SEUL PLUS CODE ENCER- ENCR- CLÉS CLÉ (PASSER À 528) ←</p>	<p>2 CODES UN OU SEUL PLUS CODE ENCER- ENCR- CLÉS CLÉ (PASSER À 528) ←</p>	<p>2 CODES UN OU SEUL PLUS CODE ENCER- ENCR- CLÉS CLÉ (PASSER À 528) ←</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
525	Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement? UTILISER LES CODES DE Q. 523.	1 ^{er} ENDROIT <input type="checkbox"/>	1 ^{er} ENDROIT <input type="checkbox"/>	1 ^{er} ENDROIT <input type="checkbox"/>
528	Lui avez-vous donné l'une des choses suivantes à boire depuis qu'il/elle a la diarrhée? a) Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé SRO? b) Une bouillie légère faite à partir de riz (ou maïs, mil, igname, manioc, plantain) ? c) Soupe, par ex. soupe de carotte ? d) Thé, tisane, feuilles de goyave ? e) Solution maison sucre-sel-eau (SSS) ? f) Lait ou préparation pour bébé ? g) Boisson à base de yaourt ? h) Eau ? i) N'importe quel autre liquide ?	<p style="text-align: center;">OUI NON NSP</p> LIQUIDE SACHET SRO .. 1 2 8 BOUILLIE LEGERE 1 2 8 SOUPE 1 2 8 THE,TISANE 1 2 8 SOL.SUCRE-SEL-EAU 1 2 8 LAIT/PREPAR. BEBE 1 2 8 BOISSON BASE YAOURT 1 2 8 EAU 1 2 8 AUTRES 1 2 8	<p style="text-align: center;">OUI NON NSP</p> LIQUIDE SACHET SRO .. 1 2 8 BOUILLIE LEGERE 1 2 8 SOUPE 1 2 8 THE,TISANE 1 2 8 SOL.SUCRE-SEL-EAU 1 2 8 LAIT/PREPAR. BEBE 1 2 8 BOISSON BASE YAOURT 1 2 8 EAU 1 2 8 AUTRES 1 2 8	<p style="text-align: center;">OUI NON NSP</p> LIQUIDE SACHET SRO .. 1 2 8 BOUILLIE LEGERE 1 2 8 SOUPE 1 2 8 THE,TISANE 1 2 8 SOL.SUCRE-SEL-EAU 1 2 8 LAIT/PREPAR. BEBE 1 2 8 BOISSON BASE YAOURT 1 2 8 EAU 1 2 8 AUTRES 1 2 8
529	Est-ce que quelque chose (d'autre) a été donné pour traiter la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 533) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 533) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 533) ← NE SAIT PAS 8
530	Qu'a-t-on donné (d'autre) pour traiter la diarrhée ? Quelque chose d'autre ? ENREGISTRER TOUS LES TRAITEMENTS DONNÉS	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE... A ANTIMOTILITE . B ZINC C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITE, OU ZINC) D COMPRIMÉ/SIROP INCONNU ... E INJECTION ANTIBIOTIQUE... F PAS ANTI BIOT. . G INJECTION INCONNUE ... H (IV) INTRA VEINEUSE I REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES J AUTRE _____ X (PRÉCISER)	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE... A ANTIMOTILITE . B ZINC C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITE, OU ZINC) D COMPRIMÉ/SIROP INCONNU ... E INJECTION ANTIBIOTIQUE... F PAS ANTI BIOT. . G INJECTION INCONNUE ... H (IV) INTRA VEINEUSE I REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES J AUTRE _____ X (PRÉCISER)	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE... A ANTIMOTILITE . B ZINC C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITE, OU ZINC) D COMPRIMÉ/SIROP INCONNU ... E INJECTION ANTIBIOTIQUE... F PAS ANTI BIOT. . G INJECTION INCONNUE ... H (IV) INTRA VEINEUSE I REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES J AUTRE _____ X (PRÉCISER)
533	Est-ce que (NOM) a eu 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
533A	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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
534	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 537) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 537) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 537) ← NE SAIT PAS 8
535	Quand (NOM) souffrait de la toux respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide ou avait-il/elle des difficultés pour respirer?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 538) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 538) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 538) ← NE SAIT PAS 8
536	Ces difficultés pour respirer étaient-elles dues à un problème de bronches, ou à un nez bouché ou qui coulait.	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8 (PASSER À 538) ←	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8 (PASSER À 538) ←	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8 (PASSER À 538) ←
537	VÉRIFIER 533, 533A ET 534 : A-T-IL/ELLE EU DE LA FIÈVRE OU DE LA TOUX OU DES CONVULSIONS?	OUI <input type="checkbox"/> NON OU NSP <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 503 COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À Q.573)	OUI <input type="checkbox"/> NON OU NSP <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 503 COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À Q.573)	OUI <input type="checkbox"/> NON OU NSP <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À Q.573)
538	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide a été donnée à (NOM) pendant qu'il/elle toussait/avait de la fièvre ou les convulsions, y compris le lait maternel? 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 donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude?	BEAUCOUP MOINS .. 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS .. 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS .. 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8
539	Quand (NOM) avait de la fièvre/les convulsions/toussait, lui avez-vous offert à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger? SI MOINS, INSISTER: lui avez-vous donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude?	BEAUCOUP MOINS .. 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS .. 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
540	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement quand (NOM) avait la fièvre/toussait ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 546) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 546) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 546) ←
541	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement? Quelque part ailleurs? INSISTER POUR IDENTIFIER LES TYPES D'ENDROITS ET ENCERCLER LE/LES CODE(S) APPROPRIÉ(S). SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE DE SANTÉ/ CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ/DISPENSAIRE/ PMI B AGENT DE SANTÉ C AUTRE PUBLIC D (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ CONF. E HÔPITAL PRIVÉ LAIC/ CLINIQUE F CENTRE SANTÉ/ DISPENSAIRE CONF./ MISSION G CABINET MÉDICAL H PHARMACIE I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ J (PRÉCISER) AUTRE ENDROIT VENDEUR INFORMEL DE MÉDICAM. K GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ... L GIC/ONG SANTÉ ... M RELAIS COMM..... O AUTRE X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE DE SANTÉ/ CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ/DISPENSAIRE/ PMI B AGENT DE SANTÉ C AUTRE PUBLIC D (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ CONF. E HÔPITAL PRIVÉ LAIC/ CLINIQUE F CENTRE SANTÉ/ DISPENSAIRE CONF./ MISSION G CABINET MÉDICAL H PHARMACIE I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ J (PRÉCISER) AUTRE ENDROIT VENDEUR INFORMEL DE MÉDICAM. K GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ... L GIC/ONG SANTÉ ... M RELAIS COMM..... O AUTRE X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE DE SANTÉ/ CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ/DISPENSAIRE/ PMI B AGENT DE SANTÉ C AUTRE PUBLIC D (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ CONF. E HÔPITAL PRIVÉ LAIC/ CLINIQUE F CENTRE SANTÉ/ DISPENSAIRE CONF./ MISSION G CABINET MÉDICAL H PHARMACIE I AUTRE MÉDICAL PRIVÉ J (PRÉCISER) AUTRE ENDROIT VENDEUR INFORMEL DE MÉDICAM. K GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ... L GIC/ONG SANTÉ ... M RELAIS COMM..... O AUTRE X (PRÉCISER)
542	VÉRIFIER 541:	2 CODES UN OU SEUL PLUS CODE ENCER- ENCR- CLÉS CLÉ (PASSER À 546) ←	2 CODES UN OU SEUL PLUS CODE ENCER- ENCR- CLÉS CLÉ (PASSER À 546) ←	2 CODES UN OU SEUL PLUS CODE ENCER- ENCR- CLÉS CLÉ (PASSER À 546) ←
543	Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement? UTILISER LES CODES DE Q.541.	1 ^{er} ENDROIT <input type="checkbox"/>	1 ^{er} ENDROIT <input type="checkbox"/>	1 ^{er} ENDROIT <input type="checkbox"/>
546	Est-ce que pendant la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour se soigner?	OUI 1 NON 2 (ALLER À 503 COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAIS. ALLER À Q.573) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (ALLER À 503 COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAIS. ALLER À Q.573) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (ALLER À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER À Q.573) NE SAIT PAS 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
547	<p>Quel médicament (NOM) a-t-il pris?</p> <p>Pas d'autres médicaments?</p> <p>NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>ANTIPALUDÉENS SP/FANSIDAR ... A CHLOROQUINE . B AMODIAQUINE . C QUININE D COMBINAISON À BASE D'ARTEMISININE E ANTIPALUDÉEN CDB DU PAYS .. F AUTRE ANTI- PALUDÉEN _____ ... G (PRÉCISER)</p> <p>ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROP H INJECTION ... I</p> <p>AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE J ACETA- MINOPHEN ... K IBUPROFEN ... L</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z</p>	<p>ANTIPALUDÉENS SP/FANSIDAR ... A CHLOROQUINE . B AMODIAQUINE . C QUININE D COMBINAISON À BASE D'ARTEMISININE E ANTIPALUDÉEN CDB DU PAYS .. F AUTRE ANTI- PALUDÉEN _____ ... G (PRÉCISER)</p> <p>ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROP H INJECTION ... I</p> <p>AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE J ACETA- MINOPHEN ... K IBUPROFEN ... L</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z</p>	<p>ANTIPALUDÉENS SP/FANSIDAR ... A CHLOROQUINE . B AMODIAQUINE . C QUININE D COMBINAISON À BASE D'ARTEMISININE E ANTIPALUDÉEN CDB DU PAYS .. F AUTRE ANTI- PALUDÉEN _____ ... G (PRÉCISER)</p> <p>ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROP H INJECTION ... I</p> <p>AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE J ACETA- MINOPHEN ... K IBUPROFEN ... L</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z</p>
547A	Est-ce que (NOM) a eu une injection ou un suppositoire pour traiter (la fièvre/ les convulsions) ?	INJECTION A SUPPOSITOIRE B AUCUN X NE SAIT PAS Z	INJECTION A SUPPOSITOIRE B AUCUN X NE SAIT PAS Z	INJECTION A SUPPOSITOIRE B AUCUN X NE SAIT PAS Z
550	VÉRIFIER 547: Y A-T-IL UN CODE A-G ENCERCLÉ?	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (RETOURNER À 503 COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER À 573)	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (RETOURNER À 503 COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER À 573)	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (ALLER À 503 À L'AVANT-DERNIERE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER À Q.573)
551	VÉRIFIER 547: A-T-ON DONNÉ DU FANSIDAR (A)?	CODE 'A' CODE 'A' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSER À 554) ←	CODE 'A' CODE 'A' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSER À 554) ←	CODE 'A' CODE 'A' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSER À 554) ←
552	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre du Fansidar?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 4 NE SAIT PAS ... 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 4 NE SAIT PAS ... 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT ... 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS APRÈS FIÈVRE 3 QUATRE JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 4 NE SAIT PAS ... 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
553	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris du Fansidar? SI 7 JOURS OU PLUS, INSCRIRE 7.	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 8
554	VÉRIFIER 547: A-T-ON DONNÉ DE LA CHLOROQUINE ('B')?	CODE 'B' CODE 'B' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSER À 557) ←	CODE 'B' CODE 'B' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSER À 557) ←	CODE 'B' CODE 'B' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSER À 557) ←
555	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la Chloroquine?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 4 NE SAIT PAS ... 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 4 NE SAIT PAS ... 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 4 NE SAIT PAS ... 8
556	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris de la Chloroquine? SI 7 JOURS OU PLUS, INSCRIRE 7.	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 8
557	VÉRIFIER 547: A-T-ON DONNÉ DE L'AMODIAQUINE ('C')?	CODE 'C' CODE 'C' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSER À 560) ←	CODE 'C' CODE 'C' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSER À 560) ←	CODE 'C' CODE 'C' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSER À 560) ←
558	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'Amodiaquine?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 4 NE SAIT PAS ... 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 4 NE SAIT PAS ... 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 4 NE SAIT PAS ... 8
559	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris de l'Amodiaquine? SI 7 JOURS OU PLUS, INSCRIRE 7.	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 8
560	VÉRIFIER 547: A-T-ON DONNÉ DE LA QUININE ('D')?	CODE 'D' CODE 'D' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSER À 563) ←	CODE 'D' CODE 'D' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSER À 563) ←	CODE 'D' CODE 'D' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSER À 563) ←
561	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la Quinine?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 4 NE SAIT PAS ... 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 4 NE SAIT PAS ... 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 4 NE SAIT PAS ... 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
562	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris de la Quinine? SI 7 JOURS OU PLUS, INSCRIRE 7.	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 8
563	VÉRIFIER 547: A-T-ON DONNÉ UNE COMBINAISON À BASE D'ARTÉMISININE ('E')?	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 566) ←	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 566) ←	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 566) ←
564	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'Artémisinine?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 4 NE SAIT PAS ... 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 4 NE SAIT PAS ... 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 4 NE SAIT PAS ... 8
565	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris (UNE ASSOCIATION AVEC DE L'ARTÉMISININE)? SI 7 JOURS OU PLUS, INSCRIRE 7.	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 8
566	VÉRIFIER 547: A-T-ON DONNÉ UN ANTI-PALUDÉEN CDB DU PAYS ('F')?	CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 569) ←	CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 569) ←	CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 569) ←
567	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre un (ANTI-PALUDÉEN CDB DU PAYS)?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 4 NE SAIT PAS ... 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 4 NE SAIT PAS ... 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 4 NE SAIT PAS ... 8
568	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris (UN ANTIPALUDÉEN CDB DU PAYS)? SI 7 JOURS OU PLUS INSCRIRE 7.	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
569	VÉRIFIER 547: A-T-ON DONNÉ UN AUTRE ANTIPALUDÉEN ('G')?	CODE 'G' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'G' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (RETOURNER À 503 À COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER À 573)	CODE 'G' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'G' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (RETOURNER À 503 À COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER À 573)	CODE 'G' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'G' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLER À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER À Q.573)
570	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre un (AUTRE ANTIPALUDÉEN)?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 4 NE SAIT PAS ... 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 4 NE SAIT PAS ... 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .. 4 NE SAIT PAS ... 8
571	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris (UN AUTRE ANTI-PALUDÉEN)? SI 7 JOURS OU PLUS INSCRIRE 7.	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS ... 8	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS ... 8	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS ... 8
572		RETOURNER À 503 À LA COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER À 573.	RETOURNER À 503 À LA COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER À 573.	RETOURNER À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER À 573.

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
573	<p>VÉRIFIER 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES :</p> <p>NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2005 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p>ENREGISTRER LE NOM DU PLUS JEUNE ENFANT VIVANT AVEC ELLE (ET CONTINUER EN POSANT 574)</p> <p>_____</p> <p>(NOM)</p>		576
574	<p>La dernière fois que (NOM INSCRIT À 573) est allé aux toilettes, qu'avez-vous fait de ses excréments?</p>	<p>ENFANT A UTILISÉ TOILETTES OU LATRINES .....01</p> <p>JETÉ/RINCÉ DANS TOILETTES OU LATRINES.... 02</p> <p>JETÉ/RINCÉ DANS ÉGOUT OU CANIVEAU 03</p> <p>JETÉ AUX ORDURES 04</p> <p>ENTERRÉ 05</p> <p>LAISSÉ À L'AIR 06</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
575	<p>VÉRIFIER 528(a) ET 528(b), TOUTES LES COLONNES :</p> <p>AUCUN ENFANT N'A REÇU DE LIQUIDE DE SACHET SRO OU QUESTION NON POSÉE <input type="checkbox"/></p> <p>UN ENFANT A REÇU DES LIQUIDES DE SACHETS SRO <input type="checkbox"/></p>		577
576	<p>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]</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
577	<p>VÉRIFIER 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES :</p> <p>NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2007 OU PLUS TARD VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p>ENREGISTRER LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE (ET CONTINUER EN POSANT 578)</p> <p>_____</p> <p>(NOM)</p>		582
578	<p>Je voudrais maintenant vous demander quels liquides et quels aliments (NOM de 577) a bus et mangés hier durant le jour ou la nuit?</p> <p>Est-ce que (NOM de 577) a (bu/ mangé):</p> <p>De l'eau?</p> <p>Préparation artificielle vendue en commerce pour bébé?</p> <p>Tout type de céréales, comme CERELAC</p> <p>Autre bouillie ou semoule?</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>EAU 1 2 8</p> <p>PRÉPARATION ARTIFIC. 1 2 8</p> <p>CÉRÉALES 1 2 8</p> <p>AUTRE BOUILLIE/SEMOULE. . 1 2 8</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																																																																																
579	<p>Je voudrais maintenant vous demander quels sont les (autres) liquides ou aliments que (NOM de 577) a consommé hier durant le jour ou la nuit, même si votre enfant a consommé cet aliment mélangé à d'autres.</p> <p>Est-ce que (NOM de 577) a (bu/ mangé):</p> <p>a) du lait tel que du lait en boîte, en poudre ou du lait frais d'animal ou tout autre type de lait?</p> <p>b) du jus de fruit naturel?</p> <p>c) de l'eau sucrée, du thé ou du café, une boisson gazeuse?</p> <p>d) d'autres liquides?</p> <p>e) Aliments à base de céréales comme le mil, maïs, sorgho, riz, ou blé, sous forme de bouillie, pâte, boule, ou pain?</p> <p>f) des citrouilles, carottes, courges qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur?</p> <p>g) des pommes de terres, ignames blanches, manioc, cassava, taro, macabo, autres aliments préparés à base de racines?</p> <p>h) des légumes à feuilles vertes comme les épinards?</p> <p>i) des mangues, papayes, et tous les fruits riches en Vitamine A disponibles?</p> <p>j) d'autres fruits ou légumes comme banane, plantain, pomme, compote de pomme, haricots verts, avocat, tomate.</p> <p>k) du foie, rognon, coeur ou autres abats?</p> <p>l) de la viande comme du boeuf, du porc, de l'agneau, de la chèvre, du poulet ou du canard ou du gibier?</p> <p>m) des oeufs?</p> <p>n) du poisson frais ou séché, des crustacés ou coquillages?</p> <p>o) des aliments préparés à base de haricots, de pois, de soja, d'arachides, de lentilles ou de noix?</p> <p>p) du fromage, du yaourt ou autres produits laitiers?</p> <p>q) des huiles, graisse ou beurre, ou des aliments préparés à partir de ces ingrédients?</p> <p>r) des aliments sucrés tels que du chocolat, des sucreries, des bonbons, des gâteaux, des pâtisseries ou des biscuits?</p> <p>s) n'importe quel autre aliment solide ou semi solide?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>b</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>c</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>d</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>e</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>f</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>g</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>h</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>i</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>j</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>k</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>l</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>m</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>n</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>o</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>p</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>q</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>r</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>s</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a	1	2	8	b	1	2	8	c	1	2	8	d	1	2	8	e	1	2	8	f	1	2	8	g	1	2	8	h	1	2	8	i	1	2	8	j	1	2	8	k	1	2	8	l	1	2	8	m	1	2	8	n	1	2	8	o	1	2	8	p	1	2	8	q	1	2	8	r	1	2	8	s	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																																																																																
a	1	2	8																																																																																
b	1	2	8																																																																																
c	1	2	8																																																																																
d	1	2	8																																																																																
e	1	2	8																																																																																
f	1	2	8																																																																																
g	1	2	8																																																																																
h	1	2	8																																																																																
i	1	2	8																																																																																
j	1	2	8																																																																																
k	1	2	8																																																																																
l	1	2	8																																																																																
m	1	2	8																																																																																
n	1	2	8																																																																																
o	1	2	8																																																																																
p	1	2	8																																																																																
q	1	2	8																																																																																
r	1	2	8																																																																																
s	1	2	8																																																																																
580	<p>VÉRIFIER 578 (2 DERNIÈRES CATÉGORIES: CÉRÉALES POUR BÉBÉS OU AUTRE BOUILLIE/SEMOULE)</p> <p>AU MOINS UN "OUI" <input type="checkbox"/> PAS UN SEUL "OUI" <input type="checkbox"/> → 582</p>																																																																																		
581	<p>Combien de fois (NOM DE 577) a-t-il/elle mangé des aliments solides, semi-solides ou des bouillies hier, durant le jour ou la nuit?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIRE '7'.</p>	<p>NOMBRE DE FOIS <input type="checkbox"/></p> <p>NE SAIT PAS 8</p>																																																																																	

SECTION 5B. FISTULES OBSTETRIQUES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
582	Une femme peut parfois avoir des écoulements constants d'urine où d'excréments à partir de son vagin. Ce problème survient généralement après un accouchement difficile, un viol ou une opération chirurgicale pelvienne. Avez-vous déjà eu un écoulement constant d'urine où d'excréments à partir de votre vagin?	OUI 1 NON 2	→ 584
583	Avez-vous entendu parler de ce genre de problème, je veux dire d'une femme qui a des écoulements constants d'urine où d'excréments à partir de son vagin?	OUI 1 NON 2	→ 601
584	Est-ce que ce problème est arrivé? Après un accouchement? Après un viol? Après une opération chirurgicale pelvienne? Après un autre événement?	ACCOUCHEMENT..... OUI 1 NON ↓ VIOL OUI 2 NON ↓ OPÉR. CHIRURGICALE OUI 3 NON ↓ AUTRES 6 (PRÉCISER)	→ 585 → 588 → 588 → 588
585	Ce problème est-il arrivé après un travail ou un accouchement normal où après un travail où un accouchement difficile ?	TRAVAIL/ ACCOUCHEMENT NORMAL ... 1 TRAVAIL/ACCOUCHEMENT DIFFICILE 2	
586	Cet enfant est-il né vivant?	OUI, ENFANT NÉ VIVANT 1 NON, ENFANT DÉCÉDÉ À LA NAISSANCE 2	
587	Ce problème est-il survenu après votre premier, deuxième, troisième accouchement ?	RANG DE L'ACCOUCHEMENT <input type="text"/>	
588	Combien de jour après (ÉVÈNEMENT DE Q.584) cet écoulement a-t-il commencé?	NOMBRE DE JOURS APRÈS ÉVÈNEMENT <input type="text"/> (NOTER 95 SI DE 95 JOURS OU PLUS)	
589	Avez-vous cherché à vous soigner ?	OUI 1 NON 2	→ 591
590	Pourquoi n'avez-vous pas cherché à vous soigner ? Ne savais pas que le problème pouvait se soigner Ne sait où aller? Trop coûteux Établissement de soins éloigné Mauvaise qualité des soins à l'établissement Ne pouvais avoir la permission pour y aller Embarras Autres	PROBLÈME POUVAIT SE SOIGNER 11 NE SAIT PAS OÙ ALLER 12 TROP COUTEUX 13 ÉTABLISSEMENT ÉLOIGNÉ 14 MAUVAISE QUALITÉ SOINS ... 15 AVOIR PERMISSION 16 EMBARRAS 17 AUTRE 96 (PRÉCISER)	→ 601
591	Qui avez-vous consulté pour la dernière fois?	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 1 INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME AIDE SOIGNANTE 2 AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. ... 3 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTÉ/VILLAGE ... 4 GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ... 5 AUTRE 6 (PRÉCISER)	
592	Ce traitement a-t-il résolu le problème?	OUI, IL N'Y A PLUS D'ÉCOULEMENT 1 OUI, MAIS ENCORE UN PEU D'ÉCOULEMENT 2 NON, LE PROBLÈME DEMEURE ... 3	

SECTION 6. MARIAGE ET ACTIVITE SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
601	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"/> → 604
602	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme comme mari et femme?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME 2 NON 3	→ 617
603	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE 1 DIVORCÉE 2 SÉPARÉE 3	<input type="checkbox"/> → 609
604	Est-ce que votre mari/partenaire vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs?	VIT AVEC ELLE 1 VIT AILLEURS 2	
605	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 _____ N° LIGNE <input type="text"/>	
606	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 NE SAIT PAS 8	<input type="checkbox"/> → 609
607	Y compris vous-même, en tout, avec combien d'épouses ou partenaires votre mari vit-il actuellement comme s'il était marié?	NOMBRE TOTAL D'ÉPOUSES ET DE PARTENAIRES <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
608	Êtes-vous la première, deuxième,.....épouse?	RANG <input type="text"/>	
609	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	
615	VÉRIFIER 609: MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME UNE SEULE FOIS <input type="checkbox"/> En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/partenaire? MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> Maintenant, nous allons parler de votre premier mari/partenaire. En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui?	MOIS <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	→ 616A
616	Quel âge aviez-vous quand vous avez-commencé à vivre avec lui pour la première fois?	ÂGE <input type="text"/>	
616A	Qui a principalement choisi votre premier mari/partenaire	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME 1 PÈRE/MÈRE 2 ONCLE/TANTE 3 FRÈRE/SŒUR 4 AUTRE 6	
617	VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
618	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains problèmes importants de la vie. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels?	N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS 00 ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> PREMIÈRE FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIER) MARI/PARTENAIRE 95	→ 641
618A	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-le moi et je passerai à la question suivante.		
626	Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la <u>dernière</u> fois? S'IL Y A MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS. S'IL Y A 12 MOIS (UN AN) 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"/> → 628 → 640

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
LES QUESTIONS 627 À 638 DOIVENT ÊTRE REMPLIES PARTENAIRE APRÈS PARTENAIRE COLONNE PAR COLONNE).				
627	Quand avez-vous eu des rapports sexuels avec cette 2nde (3ème) personne pour la dernière fois?		JOURS.. 1 <input type="text"/> SEMAINE 2 <input type="text"/> MOIS .. 3 <input type="text"/>	JOURS.. 1 <input type="text"/> SEMAINE 2 <input type="text"/> MOIS .. 3 <input type="text"/>
628	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (2nde, 3ème) personne, un condom a-t-il été utilisé?	OUI COND MASC..... 1 OUI COND FEM 2 NON..... 3 (PASSER À 630) ←	OUI COND MASC..... 1 OUI COND FEM 2 NON..... 3 (PASSER À 630) ←	OUI COND MASC..... 1 OUI COND FEM 2 NON..... 3 (PASSER À 630) ←
629	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
630	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 '2' SI NON, ENCERCLER '3'	MARI/PARTENAIRE ... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE . 2 PETIT AMI VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE . 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE . 4 PROSTITUÉ 5 AUTRE..... 6 (ALLER À 631) ←	MARI/PARTENAIRE ... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ 2 PETIT AMI VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE . 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE . 4 PROSTITUÉ 5 AUTRE..... 6 (ALLER À 631) ←	MARI/PARTENAIRE ... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ 2 PETIT AMI VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE . 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE . 4 PROSTITUÉ 5 AUTRE..... 6 (ALLER À 631) ←
630A	VÉRIFIER 609:	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS FOIS D'UNE FOIS <input type="text"/> (ALLER À 631) ←	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS FOIS D'UNE FOIS <input type="text"/> (ALLER À 631) ←	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS FOIS D'UNE FOIS <input type="text"/> (ALLER À 631) ←
630B	VÉRIFIER 618:	1ère FOIS AVEC 1er MARI <input type="text"/> AUTRE (ALLER À 631A) →	1ère FOIS AVEC 1er MARI <input type="text"/> AUTRE (ALLER À 631A) →	1ère FOIS AVEC 1er MARI <input type="text"/> AUTRE (ALLER À 631A) →
631	Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la 1ère fois avec cette personne ?	IL Y A..... JOURS.... 1 <input type="text"/> SEMAINES.. 2 <input type="text"/> MOIS.... 3 <input type="text"/> ANNÉES.. 4 <input type="text"/>	IL Y A..... JOURS.... 1 <input type="text"/> SEMAINES.. 2 <input type="text"/> MOIS.... 3 <input type="text"/> ANNÉES.. 4 <input type="text"/>	IL Y A..... JOURS.... 1 <input type="text"/> SEMAINES.. 2 <input type="text"/> MOIS.... 3 <input type="text"/> ANNÉES.. 4 <input type="text"/>
631A	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne? SI LE NOMBRE DE FOIS EST SUPÉRIEUR À 95, INSCRIRE '95'.	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
633	Quel âge a cette personne? SI AGE>95 , INSCRIRE '95'	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
638	Mis à part [cette/ces] personnes avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre au cours des 12 derniers mois?	OUI 1 (RETOUR À 627 ← À COL.SUIVANTE) NON 2 (PASSER À 640) ←	OUI 1 (RETOUR À 627 ← À COL.SUIVANTE) NON 2 (PASSER À 640) ←	
639	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois? EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI NBRE DE PARTENAIRE > 95 INSCRIRE '95'.			NRE DE PARTENAIRE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 98

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
640	<p>En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels dans toute votre vie?</p> <p>EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p> <p>SI LE NOMBRE EST SUPÉRIEUR À 95, INSCRIRE '95'</p>	<p>NBRE DE PARTENAIRES AU COURS DE LA VIE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
641	<p>Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 701
642	<p>Où est-ce?</p> <p>Y a-t-il un autre endroit?</p> <p>INSISTER POUR DÉTERMINER TOUS LES TYPES DE SOURCES ET ENCERCLER LE/LES CODE APPROPRIÉ</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE/DES ENDROIT(S))</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ/ CENTRE DE SANTÉ INTEGRE/DISPENSAIRE/ PMI B</p> <p>AGENT DE SANTÉ C</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ D</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ CONF. E</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ LAIC/ CLINIQUE F</p> <p>CENTRE SANTÉ/ DISPENSAIRE CONF./ MISSION G</p> <p>CABINET MÉDICAL H</p> <p>PHARMACIE I</p> <p>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ J</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE K</p> <p>KIOSQUE/CAISSE L</p> <p>VENDEUR AMBULANT..... M</p> <p>BAR/BOÎTE DE NUIT N</p> <p>PARTENAIRE AVAIT LE CONDOM O</p> <p>AMIS/PARENTS P</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
643	<p>Si vous le vouliez, pourriez-vous, vous-même, vous procurer un condom?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8</p>	

SECTION 7. PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À								
701	VÉRIFIER 311: PAS POSEE OU NI LUI, NI ELLE STERILISÉ <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→ 713								
702	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 ? 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?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ... 1 PAS D'AUTRE/AUCUN 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS ET ENCEINTE 4 INDÉCISE/NE SAIT PAS ET PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE .. 5	→ 704 → 713 → 709 → 708								
703	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 DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE...994 APRÈS MARIAGE 995 AUTRE 996 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 998									→ 708 → 713 → 708
704	VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→ 709								
705	VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE? PAS POSÉE <input type="checkbox"/> N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>		→ 713								
706	VÉRIFIER 703: PAS 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"/>		→ 709								

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
707	<p>VÉRIFIER 702 :</p> <p>VEUT UN/UN AUTRE ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>NE VEUT PAS D'(AUTRE) ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>Vous avez dit que, dans l'immédiat, vous ne vouliez pas avoir (un/un autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse.</p> <p>Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode?</p> <p>Y-a t-il une 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>AMÉNORRÉE 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 FONCTIONS NORMALES DU CORPS T</p> <p>AUTRE X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
708	<p>VÉRIFIER 310: UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE?</p> <p>PAS POSÉE <input type="checkbox"/></p> <p>NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p> <p>OUI, UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p>		→ 713
709	<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>	
713	<p>VÉRIFIER 216 :</p> <p>A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>N'A PAS D'ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>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 ?</p> <p>INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.</p>	<p>AUCUN 00</p> <p>NOMBRE <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISER)</p>	→ 715 → 715
714	<p>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 ?</p>	<p>GARÇONS FILLES N'IMPORTE</p> <p>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"/><input type="text"/></p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISER)</p>	
715	<p>Au cours des derniers mois, avez-vous:</p> <p>Entendu parler de la planification familiale à la radio ?</p> <p>Entendu parler de la planification familiale à la télévision ?</p> <p>Lu quelque chose sur la planification familiale dans</p> <p>- des journaux ou magazines ?</p> <p>- des affiches/dépliants?</p>	<p>OUI NON</p> <p>RADIO 1 2</p> <p>TÉLÉVISION 1 2</p> <p>JOURNAUX OU MAGAZINES ... 1 2</p> <p>AFFICHE/DEPLIANT 1 2</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
717	VÉRIFIER 601: OUI, <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT MARIÉE OUI, <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME NON, <input type="checkbox"/> PAS EN UNION		→ 801
718	VÉRIFIER 310: UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE? OUI, <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT PAS <input type="checkbox"/> POSÉE NON, <input type="checkbox"/> N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT		→ 720A → 720A
720	Diriez que l'utilisation de la contraception est principalement votre propre décision, principalement 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)	
720A	Maintenant je voudrais vous demander des 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	
720B	Combien de fois, au cours des douze derniers mois, avez-vous parlé de la planification familiale avec votre mari/partenaire ?	JAMAIS 1 UNE OU DEUX FOIS 2 PLUS SOUVENT 3	
721	VÉRIFIER 311: N NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> PAS POSEE <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→ 801
722	Est-ce que votre mari/partenaire veut le même nombre d'enfants que vous, en veut-il davantage ou en veut-il moins que vous ?	MÊME NOMBRE 1 PLUS D'ENFANTS 2 MOINS D'ENFANTS 3 NE SAIT PAS 8	

SECTION 8. CARACTERISTIQUES DU CONJOINT ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
801	VÉRIFIER 601 ET 602: 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"/>	803 807
802	Quel âge avait votre mari/partenaire à son dernier anniversaire?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/>	
803	Est-ce que votre (dernier) mari/partenaire a fréquenté l'école ?	OUI 1 NON 2	806
804	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint : primaire, secondaire ou supérieur?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 1 ^{er} CYCLE 2 SECONDAIRE 2 ^{ème} CYCLE 3 SUPÉRIEUR 4 NE SAIT PAS 8	806
805	Quelle est la dernière année/classe qu'il a achevée à ce niveau ?	CLASSE/ANNÉE <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	
806	VÉRIFIER 801 : ACTUELLEMENT 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"/>	
807	En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous avez travaillé au cours des sept derniers jours?	OUI 1 NON 2	811
808	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 une petite affaire, ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille, ou travaille à la maison pour un revenu, ou travaille pour un autre ménage. Au cours des sept derniers jours, avez-vous fait quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail ?	OUI 1 NON 2	811
809	Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des sept derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter pour maladie, vacances ou congés, maternité ou pour une autre raison ?	OUI 1 NON 2	811
810	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	818
811	Quelle est (était) votre occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail faites-vous (faisiez-vous) principalement ?	<input type="text"/>	

Codes pour Q.805

NI-VEAU	PRIMAIRE=1	SECONDAIRE 1er CYCLE=2	SECONDAIRE 2nd CYCLE=3	SUPÉRIEUR=4
CLASSE	MOINS 1 AN. = 0	MOINS 1 AN = 0	MOINS 1 AN = 0	MOINS 1 AN . . . = 0
	SIL/Class1 = 1	6è/1ère A.T/Form 1 = 1	2nde G ou T/Form 5 = 1	1è année = 1
	CP/CPS/class2 = 2	5è/2è A.T./Form 2 = 2	1ère G ou T/Lower 6 = 2	2è année = 2
	CE1/Class3 = 3	4è/3è A.T./Form 3 = 3	Terminale G ou T/Upper 6 = 3	3è année = 3
	CE2/Class4 = 4	3è/4è A.T./Form4 = 4	NSP = 8	4è an. ou + = 4
	CM1/Class5 = 5	NSP = 8		NSP = 8
	CM2/Class6/7 = 6 NSP = 8			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
814	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	
816	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 DE TEMPS EN TEMPS 3	
817	Pour ce travail, touchez-vous de l'argent, êtes-vous payée en nature ou n'êtes-vous pas payée du tout ?	ARGENT SEULEMENT 1 ARGENT ET NATURE 2 EN NATURE SEULEMENT 3 PAS PAYÉE 4	
818	VÉRIFIER 601: ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT <input type="checkbox"/> AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 828
819	VÉRIFIER 817: CODE 1 OU 2 <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 822
820	Qui décide habituellement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé : vous, votre mari/partenaire, ou vous et votre mari /partenaire ensemble?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE ENSEMBLE 5 AUTRE 6 (PRÉCISER)	
820A	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	
820B	En moyenne, quelle part de votre revenu consacrez-vous aux dépenses de votre ménage : 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	
821	Diriez-vous que vous gagnez plus d'argent que votre mari/partenaire, moins ou à peu près la même chose ?	PLUS QUE LUI 1 MOINS QUE LUI 2 À PEU PRÈS LA MÊME CHOSE 3 MARI/PARTENAIRE NE GAGNE PAS D'ARGENT 4 NE SAIT PAS 8	→ 823
822	Qui décide comment l'argent que votre mari/partenaire gagne va être utilisé : vous, votre mari/partenaire, ou vous et votre mari/partenaire ensemble?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE .. 3 MARI/PARTENAIRE NE RAPPORTE PAS D'ARGENT 4 AUTRE 6 (PRÉCISER)	
823	Qui habituellement a le dernier mot dans les décisions concernant vos propres soins de santé : vous, votre mari/partenaire, vous et votre mari/partenaire ensemble ou quelqu'un d'autre?	ENQUÊTÉE = 1 MARI/PARTENAIRE = 2 ENQUÊTÉE & MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE = 3 QUELQU'UN D'AUTRE = 4 AUTRE = 6 1 2 3 4 6	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES					PASSER À
824	Qui habituellement a le dernier mot dans les décisions concernant les achats importants du ménage?	1	2	3	4	6	
825	Qui habituellement a le dernier mot dans les décisions concernant les achats pour les besoins quotidiens du ménage?	1	2	3	4	6	
826	Qui habituellement a le dernier mot dans les décisions concernant les visites à votre famille ou parents ?	1	2	3	4	6	
826B	Qui a habituellement le dernier mot dans les décisions Concernant quelle nourriture sera préparée chaque jour?	1	2	3	4	6	
828	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 :						
				OUI	NON	NSP	
	Si elle sort sans le lui dire ?	SORTIR	.....	1	2	8	
	Si elle néglige les enfants ?	NÉGL. ENFANTS	...	1	2	8	
	Si elle argumente avec lui ?	ARGUMENTE	.....	1	2	8	
	Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?	REFUSER SEX.	.....	1	2	8	
	Si elle brûle la nourriture ?	BRÛLER NOUR.	.....	1	2	8	

SECTION 9. MORTALITE MATERNELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
900	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos frères et sœurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère biologique. Est-ce que votre mère a donné naissance à des enfants, en plus de vous-même ?	OUI 1 NON 2	→ 907
901	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont encore en vie ?	GARÇONS VIVANTS <input type="text"/> <input type="text"/>	
902	En dehors de vous, combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont encore en vie ?	FILLES VIVANTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
903	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont décédés ?	GARÇONS DÉCÉDÉS <input type="text"/> <input type="text"/>	
904	Combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont décédées ?	FILLES DÉCÉDÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	
905	Est-ce que votre mère a donné naissance à d'autres enfants dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés ?	OUI 1 NON 2	→ 907
906	Combien d'autres enfants votre mère a-t-elle eu dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés ?	AUTRES ENFANTS <input type="text"/> <input type="text"/>	
907	ADDITIONNER LES REPONSES À 901, 902, 903, 904 ET 906 AJOUTER 1 (L'ENQUÊTÉE) ET NOTER LE TOTAL.	TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/>	
908	VÉRIFIER 907: Juste pour être sûre que j'ai bien compris, y compris vous-même, votre mère a donné naissance à _____ enfants en tout. Est-ce bien exact ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER 900 - 907 COMME IL SE DOIT.		
909	VÉRIFIER 907: DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/> → UNE NAISSANCE SEULEMENT (ENQUETEE SEULE) <input type="checkbox"/> →		1000
910	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance ?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES <input type="text"/> <input type="text"/>	

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

911	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le/la plus âgé(e) (ou suivant) ?	[1] _____	[2] _____	[3] _____	[4] _____	[5] _____	[6] _____
912	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2
913	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLER À 915 ← NSP 8 ALLER À [2] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 915 ← NSP 8 ALLER À [3] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 915 ← NSP 8 ALLER À [4] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 915 ← NSP 8 ALLER À [5] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 915 ← NSP 8 ALLER À [6] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 915 ← NSP 8 ALLER À [7] ←
914	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]
915	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"/>
916	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]
917	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 920 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 920 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 920 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 920 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 920 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 920 ← NON ... 2
918	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 920 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 920 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 920 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 920 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 920 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 920 ← NON ... 2
919	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
920	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] PLUS DE FRERE OU SŒUR ALLER À 1000	<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 SŒUR, ALLER À 1000

911	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le plus âgé (ou suivant) ?	[7] _____	[8] _____	[9] _____	[10] _____	[11] _____	[12] _____
912	(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
913	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLER À 915 NSP 8 ALLER À [8]	OUI 1 NON 2 ALLER À 915 NSP 8 ALLER À [9]	OUI 1 NON 2 ALLER À 915 NSP 8 ALLER À [10]	OUI 1 NON 2 ALLER À 915 NSP 8 ALLER À [11]	OUI 1 NON 2 ALLER À 915 NSP 8 ALLER À [12]	OUI 1 NON 2 ALLER À 915 NSP 8 ALLER À [13]
914	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> ALLER À [13]
915	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"/>
916	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"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [8]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [9]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [10]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [11]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [12]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [13]
917	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 920 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 920 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 920 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 920 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 920 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 920 NON ... 2
918	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 920 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 920 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 920 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 920 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 920 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 920 NON ... 2
919	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
920	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	<input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> ALLER À [13]
SI PLUS AUCUN FRERE OU SOEUR, ALLER A 1000							

SECTION 10. DÉVELOPPEMENT ET ÉVEIL DE L'ENFANT

1000 VÉRIFIER LA PAGE DE COUVERTURE:

**LE MÉNAGE N'EST PAS SÉLECTIONNÉ POUR
L'ENQUÊTE HOMME ET LE TEST DU VIH
(NON =2)**

↓
CONTINUEZ

**LE MÉNAGE EST SÉLECTIONNÉ POUR
L'ENQUÊTE HOMME ET LE TEST DU VIH
(OUI =1)**

↓
PASSEZ À LA QUESTION 1200 (SIDA)

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
1001	VERIFIER 217 ET 218: UN ENFANT AYANT ENTRE 0-4 ANS VIT -IL DANS CE MÉNAGE (217=0 À 4 ANS RÉVOLUS ET 218=1) ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 1100
1002	VERIFIER 217: SÉLECTIONNER LE PLUS JEUNE ENFANT AYANT ENTRE 0-4 ANS, INSCRIVEZ SON NOM ET SON NUMÉRO DE LIGNE NOM DU PLUS JEUNE ENFANT _____ NUMÉRO DE LIGNE DU PLUS JEUNE ENFAN DE Q. 219 <input type="text"/> <input type="text"/>		
1003	Maintenant, je voudrais vous posez les questions à propos de (NOM DE L'ENFANT DE LA 1002), votre plus jeune enfant âgé de 0-4 ans.		
1004	Combien de livres d'enfants ou de livres d'images avez-vous pour (NOM) ?	AUCUN 00 NOMBRE DE LIVRES D'ENFANT .. <input type="text"/> <input type="text"/> DIX LIVRES OU PLUS 10	
1005	Je voudrais savoir quels objets (NOM) utilise pour jouer quand il/elle est a la maison. Est-ce qu'il/elle joue avec : a) des jouets fabriqués à la maison (comme des poupées, voitures ou autres jouets fabriqués a la maison) ? b) des jouets d'un magasin ou des jouets d'un fabricant ? c) Objets du ménage (comme des cuvettes ou casseroles), ou des objets trouvés dehors (comme des bâtons, pierres, animaux, coquilles ou feuilles) ? SI L'ENQUÊTÉ(E) DIT "OUI" À UNE DES CATÉGORIES CI-DESSUS, INSISTEZ POUR SAVOIR PRÉCISEMENT AVEC QUOI L'ENFANT JOUE POUR ÊTRE SUR DE LA RÉPONSE.	OUI NON NSP JOUETS FABRIQUES À LA MAISON 1 2 8 JOUETS DE MAGASIN ... 1 2 8 OBJETS DU MENAGE OU OBJETS DU DEHORS ... 1 2 8	
1006	Parfois les adultes qui s'occupent des enfants doivent quitter la maison pour aller faire des courses, faire la lessive, ou pour d'autres raisons et doivent laisser les jeunes enfants. Au cours de la semaine passée, combien de jours (NOM) a-t-il/elle été : a) laissé seul(e) pendant plus d'une heure ? b) laissé à la garde d'un autre enfant (c'est-à-dire quelqu'un de moins de 10 ans) pendant plus d'une heure ? SI 'JAMAIS', 'INSCRIVEZ '0'. SI 'NE SAIT PAS', INSCRIVEZ '8'	NOMBRE DE JOURS LAISSE SEUL PENDANT PLUS D'UNE HEURE . <input type="text"/> NOMBRE DE JOURS LAISSE AVEC UN ENFANT PENDANT PLUS D'UNE HEURE <input type="text"/>	
1007	VÉRIFIER 217 : ÂGE DE L'ENFANT ENFANT DE <input type="text"/> 0, 1 OU 2 ANS ↓	ENFANT DE 3 OU 4 ANS <input type="checkbox"/>	→ 1011
1008	VERIFIER 217 ET 218: UN ENFANT DE 3 OU 4 ANS VIT -IL DANS CE MÉNAGE (217=3 OU 4 ANS RÉVOLUS ET 218=1) ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 1100
1009	VERIFIER 217: SÉLECTIONNER LE PLUS JEUNE ENFANT DE 3 OU 4 ANS, INSCRIVEZ SON NOM ET SON NUMÉRO DE LIGNE NOM DU PLUS JEUNE ENFANT DE 3 OU 4 ANS VENANT DE Q. 212 _____ NUMÉRO DE LIGNE DU PLUS JEUNE ENFAN DE Q. 219 <input type="text"/> <input type="text"/>		
1010	Maintenant, je voudrais vous posez les questions à propos de (NOM DE L'ENFANT DE LA 1009), votre plus jeune enfant âgé de 3-4 ans.		

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
1011	(NOM) suit-il/elle un programme d'apprentissage éducatif ou une classe d'éveil, comme un établissement public ou privé, y compris un jardin d'enfants ou une garderie communautaire ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 1013
1012	Au cours des sept derniers jours, environ combien d'heures (NOM) a-t-il/elle fréquenté cet endroit ?	NOMBRE D'HEURES <input type="text"/>	
1013	Pendant les trois derniers jours, avez-vous, vous ou un autre membre du ménage de plus de 15 ans, participé avec (NOM) à l'une des activités suivantes : SI OUI, DEMANDEZ : Qui a participé à cette activité avec (NOM) ? ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. a) Lire des livres ou regarder des livres illustrés avec (NOM) ? b) Raconter des histoires à (NOM) ? c) Chanter des chansons à (NOM) ou avec (NOM), y compris des berceuses ? d) Emmener (NOM) en promenade en dehors de la maison, de la résidence, de la cour ou de l'enceinte ? e) Jouer avec (NOM) ? f) Passer du temps avec (NOM) à nommer, à compter, et/ou à dessiner ?	MÈR PÈR AUT PER E E RE NE LIRE DES LIVRES A B X Y RACONTER DES HISTOIRES A B X Y CHANTER DES CHANSONS A B X Y PROMENER A B X Y JOUER A B X Y PASSER DU TEMPS ... A B X Y	
1014	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé et le développement de votre enfant. Les enfants ne se développent pas tous de manière identique et ils n'apprennent pas tous à la même vitesse. Certains, par exemple, marchent plus tôt que d'autres. Ces questions portent sur plusieurs aspects du développement de votre enfant. Est-ce que (NOM) connaît ou peut citer au moins dix lettres de l'alphabet ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
1015	Est-ce que (NOM) peut lire au moins quatre mots simples, courants ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
1016	Est-ce que (NOM) peut citer et reconnaître tous les chiffres de 1 à 10?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
1017	Est-ce que (NOM) peut attraper par terre avec deux doigts un petit objet, comme un baton ou un caillou?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
1018	Est-ce qu'il arrive parfois que (NOM) soit trop malade pour jouer ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
1019	Est-ce que (NOM) est capable de suivre de simples instructions pour faire quelque chose correctement ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
1020	Quand on donne quelque chose à faire à (NOM), est-il/elle capable de le faire de manière indépendante ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
1021	Est-ce que (NOM) s'entend bien avec les autres enfants ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
1022	Est-ce que (NOM) donne des coups de pieds, mord, ou frappe les autres enfants ou les adultes ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
1023	Est-ce que (NOM) est facilement distrait?	OUI 1 NON 2 NSP 8	

SECTION 11. RELATIONS DANS LE MÉNAGE																																																					
No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																																																		
1100	<p>VÉRIFIER PAGE DE COUVERTURE (FEMME SELECTIONNÉE POUR CETTE SECTION):</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>		1135																																																		
1101	<p>VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES :</p> <p>NE PAS CONTINUER JUSQU'À CE QUE VOUS SOYEZ EFFECTIVEMENT EN PRIVE.</p> <p>VOUS ETES EN PRIVE 1 IMPOSSIBLE D'ETRE EN PRIVE 2</p>		1134																																																		
	<p>LIRE À L'ENQUÊTÉE</p> <p>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions à propos de certains aspects des relations à l'intérieur du couple. Je sais que certaines de ces questions sont très personnelles. Cependant, vos réponses sont très importantes pour nous aider à comprendre la situation de la femme au Cameroun. Je vous garantis que vos réponses resteront complètement confidentielles et ne seront répétées à personne. Je tiens aussi à vous informer que vous êtes la seule personne dans votre ménage à qui ces questions sont posées et que personne ne saura que l'on vous a posé ces questions. Enfin, si jamais quelqu'un venait pendant nos discussions, nous passerons à un autre sujet.</p>																																																				
1102	<p>VÉRIFIER 601, 602 ET 603:</p> <p>ACTUELLEMENT (A ÉTÉ) MARIÉE/VIT (A VECU) AVEC UN HOMME (CODE 1 OU 2 ENCERCLÉ À Q.601 OU 602) <input type="checkbox"/></p> <p>DIVORCÉE/ SÉPARÉE/ VEUVE (LIRE AU TEMPS PASSE) (CODE 1, 2 OU 3 ENCERCLÉ À Q.603) <input type="checkbox"/></p> <p>JAMAIS EN UNION/ JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME (CODE 3 ENCERCLÉ À Q.602) <input type="checkbox"/></p>		1114																																																		
1103	<p>Maintenant, je vais vous poser des questions au sujet de certaines situations que connaissent certaines femmes. S'il vous plaît, dites-moi si les phrases suivantes s'appliquent à vos relations avec votre (dernier) mari/partenaire?</p> <p>a) Il (est/était) jaloux ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres hommes?</p> <p>b) Il vous (accuse/accusait) souvent d'être infidèle?</p> <p>c) Il ne vous (permet/permettait) pas de rencontrer vos amies de sexe féminin?</p> <p>d) Il (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille?</p> <p>e) Il (insiste/insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments?</p> <p>f) Il ne vous (fait/faisait) pas confiance en ce qui concerne l'argent?</p> <p>g) Vous (menacez/menaciez) de l'expulser du foyer, de l'abandonner /sans un "centime", de la rationner?</p>	<table border="0"> <tr><td></td><td></td><td>O</td><td>N</td><td>N</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>U</td><td>O</td><td>S</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>I</td><td>N</td><td>P</td></tr> <tr><td>JALOUX</td><td>.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ACCUSE</td><td>.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>VOIR AMIES</td><td>.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>VISITE FAMILLE</td><td>.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>OU VOUS ÊTES</td><td>...</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>ARGENT</td><td>.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>MENACES D'EXPULSER</td><td>.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </table>			O	N	N			U	O	S			I	N	P	JALOUX	1	2	8	ACCUSE	1	2	8	VOIR AMIES	1	2	8	VISITE FAMILLE	1	2	8	OU VOUS ÊTES	...	1	2	8	ARGENT	1	2	8	MENACES D'EXPULSER	1	2	8	
		O	N	N																																																	
		U	O	S																																																	
		I	N	P																																																	
JALOUX	1	2	8																																																	
ACCUSE	1	2	8																																																	
VOIR AMIES	1	2	8																																																	
VISITE FAMILLE	1	2	8																																																	
OU VOUS ÊTES	...	1	2	8																																																	
ARGENT	1	2	8																																																	
MENACES D'EXPULSER	1	2	8																																																	
1104	<p>Maintenant, si vous le permettez, j'ai besoin de vous poser certaines autres questions concernant vos relations avec votre (dernier) mari/partenaire.</p> <p>A Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari/partenaire:</p>	<p>B VÉRIFIER 603: NE POSER QUE SI L'ENQUÊTÉE N'EST PAS VEUVE</p> <p>Au cours des 12 derniers mois, cela est-il arrivé souvent, parfois ou jamais? POUR DIVORCÉES/SÉPARÉES, POSER...au cours des 12 derniers mois, cela est-il arrivé souvent, parfois ou jamais?</p> <table border="0"> <tr><td></td><td></td><td>SOUVENT</td><td>PAR-FOIS</td><td>JAMAIS</td></tr> <tr><td>a) Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes?</td><td>OUI 1 →</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td></td><td>NON 2 ↓</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>b) Vous menace méchamment, vous ou quelqu'un proche de vous?</td><td>OUI 1 →</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td></td><td>NON 2 ↓</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>c) Vous insulte ou vous rabaisse?</td><td>OUI 1 →</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td></td><td>NON 2 ↓</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>			SOUVENT	PAR-FOIS	JAMAIS	a) Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes?	OUI 1 →	1	2	3		NON 2 ↓				b) Vous menace méchamment, vous ou quelqu'un proche de vous?	OUI 1 →	1	2	3		NON 2 ↓				c) Vous insulte ou vous rabaisse?	OUI 1 →	1	2	3		NON 2 ↓																			
		SOUVENT	PAR-FOIS	JAMAIS																																																	
a) Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes?	OUI 1 →	1	2	3																																																	
	NON 2 ↓																																																				
b) Vous menace méchamment, vous ou quelqu'un proche de vous?	OUI 1 →	1	2	3																																																	
	NON 2 ↓																																																				
c) Vous insulte ou vous rabaisse?	OUI 1 →	1	2	3																																																	
	NON 2 ↓																																																				

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À												
1105	<p>A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari/partenaire vous fasse une des choses suivantes:</p> <p>a) Vous bouscule, secoue, ou jette quelque chose contre vous?</p> <p>b) Vous gifle?</p> <p>c) Vous torde le bras ou vous tire les cheveux?</p> <p>d) Vous frappe à coups de poing avec quelque chose qui peut vous blesser?</p> <p>e) Lui avez-vous déjà donné des coups de pied, l'avez-vous déjà traînée à terre, ou l'avez-vous battue?</p> <p>f) Essaye de vous étrangler ou de vous brûler?</p> <p>g) Vous menace avec un couteau, un pistolet ou un autre type d'arme?</p> <p>h) Vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas?</p> <p>i) Vous force à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas?</p>	<p>B. VERIFIER 603: NE POSER QUE SI L'ENQUÊTÉE N'EST PAS VEUVE</p> <p>Au cours des 12 derniers mois, cela est-il arrivé souvent, parfois ou jamais?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SOUVENT</th> <th>PAR-FOIS</th> <th>JAMAIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		SOUVENT	PAR-FOIS	JAMAIS	OUI	1	2	3	NON	2			
	SOUVENT	PAR-FOIS	JAMAIS												
OUI	1	2	3												
NON	2														
1106	<p>VERIFIER 1105A (a-i):</p> <p>AU MOINS UN OUI' <input type="checkbox"/></p> <p>PAS UN SEUL OUI' <input type="checkbox"/></p>		1109												
1107	<p>Combien de temps après (votre mariage/union/avoir commencé à être) avec votre (dernier) mari/partenaire cette (ou ces) action(s) s'est (ou se sont) produite(s) pour la première fois?</p> <p>SI MOINS D'UNE ANNÉE, ENREISTRER '00'.</p>	<p>NOMBRE D'ANNÉES <input type="text"/></p> <p>AVANT MARIAGE/ AVANT VIVRE ENSEMBLE 95</p>													
1108	<p>Est-ce qu'à la suite d'action quelconque de votre (dernier) mari/partenaire envers vous, vous est-il déjà arrivé d'avoir un des problèmes suivants?</p> <p>a) D'avoir des entailles, des hématomes ou meurtrissures?</p> <p>b) D'avoir des hématomes aux yeux, des foulures, des luxations ou des brûlures?</p> <p>c) D'avoir des blessures profondes, des os cassés, des dents cassées ou d'autres blessures sérieuses?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>													
1109	<p>Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de battre, de gifler, de donner des coups de pied ou de faire quelque chose d'autre pour agresser physiquement votre (dernier) mari/partenaire alors qu'il ne vous avait ni battue, ni agressée physiquement?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	1112												
1110	<p>VERIFIER 603:</p> <p>L'ENQUÊTÉE N'EST PAS VEUVE <input type="checkbox"/></p> <p>L'ENQUÊTÉE EST VEUVE <input type="checkbox"/></p>		1112												
1111	<p>Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de faire cela à votre mari/partenaire souvent, parfois ou jamais?</p>	<p>SOUVENT 1</p> <p>PARFOIS 2</p> <p>JAMAIS 3</p>													
1112	<p>Est-ce que votre (dernier) mari/partenaire boit (buvait) de l'alcool?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	1114												
1113	<p>Est-ce qu'il lui arrive (est arrivé) d'être ivre très souvent, seulement quelquefois ou jamais?</p>	<p>SOUVENT 1</p> <p>PARFOIS 2</p> <p>JAMAIS 3</p>													

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À	
1114	<p>VERIFIER 601 ET 602:</p> <p>A ÉTÉ/EST MARIÉE <input type="checkbox"/> EN UNION</p> <p>Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre que votre (actuel/dernier) mari/partenaire/ "monsieur" vous a battue, giflée, donné des coups de pied ou fait quelque chose afin de vous agresser physiquement?</p> <p>JAMAIS MARIÉE/ EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un vous a déjà battue, giflée, donné des coups de pied afin de vous agresser physiquement ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3</p>	<p>→ 1117</p>	
1115	<p>Qui vous a agressée physiquement de cette façon?</p> <p>Quelqu'un d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MÈRE A</p> <p>PÈRE B</p> <p>NOUVELLE FEMME DU PÈRE C</p> <p>NOUVEAU MARI DE LA MÈRE D</p> <p>SOEUR/FRÈRE E</p> <p>FILS/FILLE F</p> <p>AUTRE PARENT G</p> <p>EX-MARI/EX-PARTENAIRE H</p> <p>PETIT AMI ACTUEL I</p> <p>EX- PETIT AMI J</p> <p>BELLE-MÈRE K</p> <p>BEAU-PÈRE L</p> <p>AUTRE PARENT PAR ALLIANCE .. M</p> <p>ENSEIGNANT N</p> <p>PERSONNEL DE SANTÉ O</p> <p>EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAV P</p> <p>POLICE/SOLDAT/OFFICIER Q</p> <p>PRETRE/DIRIGEANT RELIGIEUX R</p> <p>ETRANGER S</p> <p>VOISIN T</p> <p>RELATION/ADMIRATEUR U</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISER)</p>		
1116	<p>Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé souvent, parfois ou jamais de vous faire battre, gifler, donner des coups de pieds ou de vous faire agresser physiquement par cette/ces personnes?</p>	<p>SOUVENT 1</p> <p>PARFOIS 2</p> <p>JAMAIS 3</p>		
1117	<p>VERIFIER 201, 226 ET 229:</p> <p>A DÉJÀ ÉTÉ ENCEINTE (OUI À 201 OU 226 OU 229) <input type="checkbox"/></p> <p>N'A JAMAIS ÉTÉ ENCEINTE <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 1120</p>	
1118	<p>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 que vous étiez enceinte?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>→ 1120</p>	
1119	<p>Qui a agi ainsi pour vous agresser physiquement au cours d'une grossesse?</p> <p>Personne d'autres?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MARI/PARTENAIRE ACTUEL A</p> <p>MÈRE B</p> <p>PÈRE C</p> <p>NOUVELLE FEMME DU PÈRE D</p> <p>NOUVEAU MARI DE LA MÈRE E</p> <p>SOEUR/FRÈRE F</p> <p>FILS/FILLE G</p> <p>AUTRE PARENT H</p> <p>EX-MARI/EX-PARTENAIRE I</p> <p>PETIT AMI ACTUEL J</p> <p>EX- PETIT AMI K</p> <p>BELLE-MÈRE L</p> <p>BEAU-PÈRE M</p> <p>AUTRE PARENT PAR ALLIANCE .. N</p> <p>ENSEIGNANT O</p> <p>PERSONNEL DE SANTÉ P</p> <p>EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAV Q</p> <p>POLICE/SOLDAT/OFFICIER R</p> <p>PRETRE/DIRIGEANT RELIGIEUX S</p> <p>ETRANGER T</p> <p>VOISIN U</p> <p>RELATION/ADMIRATEUR V</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISER)</p>		

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1120	VÉRIFIER 618: A DÉJÀ EU DES RAPPORTS SEXUELS? A DÉJÀ EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>		1125
1121	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, diriez-vous que vous vouliez avoir ces rapports sexuels, ou que vous y avait été forcée contre votre volonté?	VOULAIT 1 A ÉTÉ FORCÉ 2 REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1122	<p>VÉRIFIER 601 ET 602:</p> <p>A ÉTÉ/EST MARIÉE <input type="checkbox"/> EN UNION</p> <p>Au cours des 12 derniers mois, est-ce quelqu'un autre que votre mari/partenaire/ "monsieur" vous a forcé à avoir des rapports sexuels contre votre volonté?</p> <p>JAMAIS MARIÉE/ EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>Au cours des 12 derniers mois, est-ce quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels contre votre volonté?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3</p>	
1123	<p>1121 = '1' OU '3' <input type="checkbox"/></p> <p>ET '1122 = '2' OU '3' <input type="checkbox"/></p> <p>AUTRE <input type="checkbox"/></p>		→ 1126
1124	<p>VÉRIFIER 1105(h) ET 1105(i):</p> <p>1105(h) ÉGALE 'NON=2' <input type="checkbox"/></p> <p>ET '1105(i) ÉGALE 'NON=2' <input type="checkbox"/></p> <p>AUTRE <input type="checkbox"/></p>		→ 1128
1125	<p>Est-ce qu'à n'importe quel moment de votre vie, quand vous étiez une enfant ou une adulte, quelqu'un vous a forcé par n'importe quel moyen à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels quels qu'ils soient?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3</p>	→ 1128
1126	<p>Quel âge aviez-vous quand, pour la première fois, vous avez été forcée à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels?</p>	<p>AGE REVOLU <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
1127	<p>Quelle est la personne qui vous a forcé à ce moment-là?</p>	<p>MARI/PARTENAIRE ACTUEL 01</p> <p>EX-MARI/EX-PARTENAI 02</p> <p>PETIT AMI ACTUEL/EX 03</p> <p>PÈRE 04</p> <p>BEAU PÈRE 05</p> <p>AUTRE PARENT 06</p> <p>AUTRE PARENT PAR ALLIANCE 07</p> <p>AMI/RENCONTRE PERSONNELLE 08</p> <p>AMI DE LA FAMILLE 09</p> <p>PROFESSEUR 10</p> <p>EMPLOYEUR/AU TRAVAIL 11</p> <p>POLICIER/SOLDAT 12</p> <p>PRETRE/RELIGIEUX 13</p> <p>ETRANGER 14</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
1128	<p>VÉRIFIER 1105A (a-i), 1114, 1118, 1121, 1122 ET 1125:</p> <p>AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/></p> <p>OU 1121=2 <input type="checkbox"/></p> <p>PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/></p> <p>ET 1121 DIFFÉRENT DE '2' <input type="checkbox"/></p>		→ 1132
1129	<p>En ce qui concerne toutes les choses dont nous venons de parler et que vous avez subies, avez-vous essayé de rechercher de l'aide pour que cette(ces) personne(s) arrête(nt) de recommencer de vous faire ça?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1131
1130	<p>Auprès de qui avez-vous recherché de l'aide?</p> <p>Auprès de personne d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>PROPRE FAMILLE A</p> <p>FAMILLE DU MARI/PARTENAIRE .. B</p> <p>MARI/PARTENAIRE ACTUEL/PRÉCÉDENT C</p> <p>PETIT AMI ACTUEL/EX-PETIT AMI D</p> <p>AMI E</p> <p>VOISIN F</p> <p>RELIGIEUX G</p> <p>MEDECIN/PERSONNEL SANTE .. H</p> <p>POLICE I</p> <p>HOMME DE LOI J</p> <p>SERVICE SOCIAL K</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	→ 1132
1131	<p>Avez-vous jamais parlé de ceci à quelqu'un?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
1132	<p>Autant que vous le savez, est-ce qu'il est arrivé que votre père batte votre mère?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
RÉMERCEZ L'ENQUÊTÉE POUR SA COOPÉRATION ET RASSUREZ-LA À PROPOS DE LA CONFIDENTIALITÉ DE SES RÉPONSES. RÉPONDEZ AUX QUESTIONS CI-DESSOUS SEULEMENT PAR RAPPORT AU QUESTIONNAIRE SUR LES RELATIONS DANS LE MÉNAGE.			

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À				
1133	AVEZ-VOUS EU À INTERROMPRE L'INTERVIEW PARCE QUE CERTAINS ADULTES ESSAYAIENT D'ÉCOUTER OU SONT VENUS DANS LA PIÈCE OU ONT ESSAYÉ D'INTERVENIR DE N'IMPORTE QUELLE AUTRE FAÇON?	OUI OUI, PLUS 1 FOIS D'UNE FOIS NON MARI 1 2 3 AUTRE HOMME ADULTE . 1 2 3 FEMME ADULTE 1 2 3					
1134	COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE / SI L'ENQUÊTE N'A PU ÊTRE MENEÉE, EXPLIQUER LES RAISONS _____ _____						
1135	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE MINUTES	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>				
CE MÉNAGE N'EST PAS SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ET LE TEST DU VIH ↓ FIN							

SECTION 12. VIH/sida et autres infections sexuellement transmissibles (SEULEMENT DANS LES MÉNAGES SÉLECTIONNÉS POUR L'ENQUÊTE HOMME ET LE TEST DU VIH)			
N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
1200	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée sida?	OUI 1 NON 2	→ 1241
1201	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	
1202	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par des piqûres de moustiques?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1203	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	
1204	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	
1205	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	
1206	Y-a-t-il quelque chose (d'autre) qu'une personne peut faire pour éviter de contracter le virus du sida ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	↳ 1208
1207	Que peut-on faire ? Quelque chose d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEX A UTILISER DES CONDOMS B LIMITER RAPPORTS SEX. À UN PARTENAIRE /RESTER FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIRE C LIMITER LE NOMBRE DE PARTENAIRESEXUELS D ÉVITER RAP. SEX. PROSTITUÉES E ÉVITER RAP. SEX. AVEC PERSONNES AYANT BEAUCOUP PARTENAIRESEXUELS F ÉVITER RAP. SEX. HOMOSEXUELS G ÉVITER RAP. SEX. AVEC PERSONNES QUI SE FONT DES INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE DROGUES H ÉVITER TRANSFUSIONS SANG I ÉVITER INJECTIONS J ÉVITER PARTAGER RASOIRS/LAMES K ÉVITER D'EMBRASSER L ÉVITER PIQÛRES MOUSTIQUES M CHERCHER PROTECTION DES GUÉRISSEURS TRADITIONNELS N AUTRE W (PRÉCISER) AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	
1208	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	
1209	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a le virus du sida ou quelqu'un qui est décédé du sida ?	OUI 1 NON 2	
1210	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?	OUI NON NSP GROSSESSE 1 2 8 ACCOUCHEMENT 1 2 8 ALLAITEMENT 1 2 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
1211	VÉRIFIER 1210: AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓	AUTRE <input type="checkbox"/> →	1213
1212	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?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1213	Avez-vous entendu parler de médicaments spéciaux antirétroviraux (UTILISER NOM LOCAL) que les personnes infectées par le virus du sida peuvent obtenir auprès d'un médecin ou d'une infirmière pour leur permettre de vivre plus longtemps?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1214	VÉRIFIER 215: DERNIÈRE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2008 <input type="checkbox"/> ↓	AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> → DERNIÈRE NAISS. AVANT JANVIER 2008 <input type="checkbox"/> →	1229 1229
1215	VÉRIFIER 407 POUR DERNIÈRE NAISSANCE: A EU DES SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> ↓	PAS DE SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> →	1223
1216	VÉRIFIER S'IL Y A D'AUTRE PERSONNES AVANT DE CONTINUER. FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ		
1217	Au cours de l'une de ces visites prénatales pour votre dernière naissance, 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?	OUI NON NSP sida DE LA MÈRE 1 2 8 CHOSSES À FAIRE 1 2 8 TEST DU sida ... 1 2 8	
1218	Dans le cadre de ces soins prénataux, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du sida?	OUI 1 NON 2	
1219	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du sida dans le cadre de vos soins prénataux?	OUI 1 NON 2	1223
1220	Où avez-vous effectué le test? INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 11 CENTRE DE SANTÉ/CENTRE DE SANTÉ INTEGRE/DISPEN/PMI 12 AGENT DE SANTÉ 13 CPDV 14 CLINIQUE MOBILE 15 AUTRE PUBLIC 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ CONF. 21 HÔPITAL PRIVÉ LAIC/ CLINIQUE 22 CENTRE SANTÉ/ DISPENSARE CONF./ MISSION 23 CABINET MÉDICAL 24 PHARMACIE 25 AGENT DE SANTÉ 26 CPDV 27 CLINIQUE MOBILE 28 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ 29 (PRÉCISER) AUTRE 96 (PRÉCISER)	
1221	Je ne veux pas connaître les résultats mais est-ce que vous avez obtenu les résultats du test?	OUI 1 NON 2	
1222	Toutes les femmes qui effectuent un test sont supposées recevoir des conseils après avoir été testées. Avez-vous été conseillée après votre test?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	1227

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
1223	VÉRIFIER 435 POUR LA DERNIÈRE NAISSANCE: CODES A, B, C <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>		1229
1224	Entre le moment où vous êtes allée accoucher et la naissance du bébé, est-ce qu'on vous a proposé d'effectuer un test du sida?	OUI 1 NON 2	
1225	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du sida à ce moment-là?	OUI 1 NON 2	→ 1229
1226	Je ne veux pas connaître les résultats mais est-ce que vous avez obtenu les résultats du test?	OUI 1 NON 2	
1227	Avez-vous effectué un autre test du sida depuis que vous avez été testée pendant votre grossesse?	OUI 1 NON 2	→ 1230
1228	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS 1 ENTRE 12 ET 23 MOIS 2 IL Y A 2 ANS OU PLUS 3	→ 1236
1229	Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le sida?	OUI 1 NON 2	→ 1234
1230	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS 1 ENTRE 12 ET 23 MOIS 2 IL Y A 2 ANS OU PLUS 3	
1231	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 obligatoire?	TEST DEMANDÉ 1 TEST PROPOSÉ ET ACCEPTÉ 2 TEST OBLIGATOIRE 3	
1232	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous obtenu les résultats du test?	OUI 1 NON 2	
1233	Où avez-vous effectué le test? INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ, LE CENTRE DE CTV OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 11 CENTRE DE SANTÉ/CENTRE DE SANTÉ INTEGRE/DISPEN/PMI 12 AGENT DE SANTÉ 13 CPDV 14 CLINIQUE MOBILE 15 AUTRE PUBLIC 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ CONF. 21 HÔPITAL PRIVÉ LAIC/CLINIQUE 22 CENTRE SANTÉ/DISP CONF./MISSION 23 CABINET MÉDICAL 24 PHARMACIE 25 AGENT DE SANTÉ 26 CPDV 27 CLINIQUE MOBILE AUTRE MÉDICAL PRIVÉ 29 (PRÉCISER) AUTRE 96 (PRÉCISER)	→ 1236
1234	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour effectuer le test du virus qui cause le sida?	OUI 1 NON 2	→ 1236

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
1235	<p>Où est-ce?</p> <p>Y a-t-il un autre endroit?</p> <p>INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE/DÉS ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ/CENTRE DE SANTÉ INTEGRE/DISPEN/PMI B</p> <p>AGENT DE SANTÉ C</p> <p>CPDV D</p> <p>CLINIQUE MOBILE E</p> <p>AUTRE PUBLIC F</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ</p> <p>CONF. G</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ LAIC/CLINIQUE H</p> <p>CENTRE SANTÉ/DISP CONF./MISSION I</p> <p>CABINET MÉDICAL J</p> <p>PHARMACIE K</p> <p>AGENT DE SANTÉ L</p> <p>CPDV M</p> <p>CLINIQUE MOBILE N</p> <p>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ O</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
1236	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1237	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non?	<p>OUI, RESTE SECRET 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8</p>	
1238	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, seriez-vous prête à prendre soin de lui/elle dans votre propre ménage?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8</p>	
1239	Si une enseignant/e a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade, est-ce que, à votre avis, elle devrait être autorisée, continuer à enseigner à l'école?	<p>AUTORISÉE À ENSEIGNER 1</p> <p>PAS AUTORISÉE À ENSEIGNER 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8</p>	
1240	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation du condom pour éviter de contracter le sida?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8</p>	
1241	<p>VÉRIFIER 1200:</p> <p>A ENTENDU <input type="checkbox"/> PARLER DU SIDA ↓</p> <p>Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui se transmettent par contact sexuel?</p> <p>N'A PAS ENTENDU <input type="checkbox"/> PARLER DU SIDA ↓</p> <p>Avez-vous entendu parler d'infections qui se transmettent par contact sexuel?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
1242	<p>VÉRIFIER 618:</p> <p>A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A PAS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> <p>→ 1253</p>		
1243	<p>VÉRIFIER 1241: A ENTENDU PARLER D'AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>→ 1245</p>		
1244	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?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1245	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?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À												
1246	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													
1247	VÉRIFIER 1244, 1245 ET 1246: A EU UNE INFECTION <input type="checkbox"/> N'A PAS EU D'INFECTION OU NE SAIT PAS <input type="checkbox"/> (AU MOINS UN 'OUI') ↓		→ 1253												
1248	La dernière fois que vous avez eu (PROBLÈME MENTIONNÉ À 1244/1245/1246), avez-vous recherché un conseil ou un traitement?	OUI 1 NON 2	→ 1250												
1249	Où êtes-vous allée? Un autre endroit? INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE DE SOURCE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ, LE CENTRE DE CTV OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT _____ (NOM DE/DES ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE DE SANTÉ/CENTRE DE SANTÉ INTEGRE/DISPEN/PMI B AGENT DE SANTÉ C CPDV D CLINIQUE MOBILE E AUTRE PUBLIC F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ G CONF. G HÔPITAL PRIVÉ LAIC/CLINIQUE H CENTRE SANTÉ/DISP CONF./MISSION I CABINET MÉDICAL J PHARMACIE K AGENT DE SANTÉ L CPDV M CLINIQUE MOBILE N AUTRE MÉDICAL PRIVÉ O (PRÉCISER) AUTRE X (PRÉCISER)													
1250	Quand vous avez eu (PROBLÈME MENTIONNÉ À 1244/1245/1246), en avez-vous informé la/les personne(s) avec qui vous avez des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 CERTAINES PERSONNES/ PAS TOUTES 3													
1251	Quand vous avez eu (PROBLÈME MENTIONNÉ À 1244/1245/1246) avez-vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre(vos) partenaire (s) sexuel(s)?	OUI 1 NON 2 PARTENAIRE(S) DÉJÀ INFECTÉ(S) 3 N'A PAS EU UN PARTENAIRE 4	→ 1253												
1252	Qu'avez-vous fait pour éviter d'infecter votre (vos) partenaire(s)? Avez-vous... Arrêté les rapports sexuels? Utilisé un condom pendant les rapports sexuels? Pris des médicaments?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">OUI</td> <td style="text-align: center;">NON</td> </tr> <tr> <td>ARRÊTÉ RAPPORTS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>UTILISÉ CONDOM</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PRIS MÉDICAMENTS.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		OUI	NON	ARRÊTÉ RAPPORTS	1	2	UTILISÉ CONDOM	1	2	PRIS MÉDICAMENTS.	1	2	
	OUI	NON													
ARRÊTÉ RAPPORTS	1	2													
UTILISÉ CONDOM	1	2													
PRIS MÉDICAMENTS.	1	2													
1253	Si une femme sait que son mari est atteint d'une maladie qu'elle peut contracter au cours de rapports sexuels, pensez-vous qu'il est justifié qu'elle lui demande d'utiliser un condom pendant les rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8													
1254	Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari parce qu'elle sait qu'il a des relations sexuelles avec une autre femme?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8													
1255	VÉRIFIER 601: ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/> ↓		→ 1300												
1256	Pouvez-vous refuser d'avoir des rapports sexuels avec votre mari/partenaire quand vous ne souhaitez pas en avoir?	OUI 1 NON 2 ÇA DÉPEND/PAS SÛRE 8													
1257	Pourriez-vous demander à votre mari/partenaire d'utiliser un condom si vous vouliez qu'il en utilise un?	OUI 1 NON 2 ÇA DÉPEND/PAS SÛRE 8													

**SECTION 13. AUTRES PROBLEMES DE SANTE
(SEULEMENT DANS LES MENAGES SELECTIONNES POUR L'ENQUETE HOMME ET LE TEST DU VIH)**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À															
1300	Je voudrais maintenant vous poser d'autres questions concernant des problèmes de santé. Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on fait une injection pour une raison quelconque? SI OUI: Combien d'injections avez-vous eu? SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST SUPÉRIEUR À 90, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTRER '90' EN CAS DE RÉPONSE NON-NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 1303															
1301	Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou par un autre agent de santé? SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST SUPÉRIEUR À 90, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTRER '90' EN CAS DE RÉPONSE NON-NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 1303															
1302	Est-ce que la personne qui vous a fait l'injection a pris la seringue et l'aiguille d'un paquet neuf et qui n'était pas ouvert?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																
1303	Fumez-vous actuellement des cigarettes?	OUI 1 NON 2	→ 1305															
1304	Au cours des dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumées?	CIGARETTES <input type="text"/> <input type="text"/>																
1305	Actuellement, est-ce que vous fumez ou est-ce que vous utilisez un autre type de tabac ?	OUI 1 NON 2	→ 1307															
1306	Quel (autre) type de tabac fumez/consomez ou utilisez -vous actuellement? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PIPE A TABAC À MÂCHER B TABAC À PRISER C AUTRE _____ X (PRÉCISER)																
1307	Il peut arriver que pour différentes raisons, les femmes ne puissent pas obtenir un avis médical ou se faire soigner. Quand vous êtes malade et que vous voulez un avis médical ou un traitement, est-ce que les raisons suivantes constituent pour vous un problème important ou non? Obtenir la permission d'y aller? Obtenir l'argent nécessaire pour les conseils ou le traitement? La distance pour atteindre l'établissement de santé? Ne pas vouloir y aller seule?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>PROBLÈME IMPORTANT</td> <td>PAS PROBLÈME IMPORTANT</td> </tr> <tr> <td>PERMISSION D'ALLER ..</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OBTENIR ARGENT</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>DISTANCE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ALLER SEULE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		PROBLÈME IMPORTANT	PAS PROBLÈME IMPORTANT	PERMISSION D'ALLER ..	1	2	OBTENIR ARGENT	1	2	DISTANCE	1	2	ALLER SEULE	1	2	
	PROBLÈME IMPORTANT	PAS PROBLÈME IMPORTANT																
PERMISSION D'ALLER ..	1	2																
OBTENIR ARGENT	1	2																
DISTANCE	1	2																
ALLER SEULE	1	2																
1308	Avez-vous une assurance maladie?	OUI 1 NON 2	→ 1401															
1309	Quel type d'assurance maladie? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	ASSURANCE MUTUELLE/ ASSURANCE MALADIE COMMUNAUTAIRE A ASSURANCE MALADIE PAR L'EMPLOYEUR B SÉCURITÉ SOCIALE C AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE D AUTRE _____ X (PRÉCISER)																

SECTION 14. PARTICIPATION AU DEVELOPPEMENT (SEULEMENT DANS LES MENAGES SELECTIONNES POUR L'ENQUETE HOMME ET LE TEST DU VIH)			
N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
1401	Assumez-vous une responsabilité quelconque dans votre quartier/village/ville ? SI OUI: Laquelle ?	CHEF DE BLOC 1 CHEF DE QUARTIER 2 CHEF DE VILLAGE 3 MAIRE / CONSEILLER MUNICIPAL ... 4 DEPUTE 5 AUTRES 6 NON/AUCUNE 7	
1402	Êtes-vous propriétaire d'une maison qui vous appartient exclusivement ? SI OUI: Avez-vous un titre foncier?	OUI, AVEC TITRE FONCIER 1 OUI, SANS TITRE FONCIER 2 NON 3	
1403	Êtes-vous propriétaire d'un terrain non bâti qui vous appartient exclusivement ? SI OUI: Avez-vous un titre foncier?	OUI, AVEC TITRE FONCIER 1 OUI, SANS TITRE FONCIER 2 NON 3	
1404	Etes-vous membre : a) d'une association culturelle? b) d'une association religieuse? c) d'une organisation politique? d) d'une tontine? e) d'un comité de développement? f) d'une association sportive? g) d'une amicale? h) d'une association professionnelle? i) d'un autre type d'association?	OUI NON A) CULTURELLE? 1 2 B) RELIGIEUSE? 1 2 C) POLITIQUE? 1 2 D) TONTINE? 1 2 E) COMITE DE DEVELOP.? 1 2 F) SPORTIVE? 1 2 G) AMICALE? 1 2 H) PROFESSIONNELLE? . 1 2 I) AUTRES? 1 2	
1405	VÉRIFIER 1404(a-i): MEMBRE D'AU MOINS UNE ASSOCIATION OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 1409
1406	VÉRIFIER 1404(h): MEMBRE D'UNE ASSOCIATION PROFESSIONNELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 1408
1407	De quelle association professionnelle faites-vous partie? SI PLUS D'UNE ASSOCIATION MENTIONNÉE, DÉTERMINEZ LA PLUS IMPORTANTE ET ENREGISTREZ-LA.	_____ <input type="text"/> <input type="text"/> _____	
1408	Exercez-vous une responsabilité dans au moins une de ces associations/organisations ?	OUI 1 NON 2	
1409	Au cours des 24 derniers mois avez-vous obtenu un crédit ?	OUI 1 NON 2	→1412
1410	À quoi a servi principalement le dernier crédit obtenu ?	SCOLARITÉ 11 MALADIE 12 OBSEQUES/FUNERAILLES 13 MARIAGE/BAPTEME/ANNIVERSAIRE 14 ACCOUCHEMENT 15 CONSTRUCTION OU AMELIORATION DE L'HABITAT 16 ACTIVITE GENERATRICE DE REVENU 17 AUTRES 96	
1411	Quelle a été l'origine du dernier crédit que vous avez obtenu ?	BANQUE 01 COOPERATIVE EPARGNE ET CREDIT 02 TONTINE 03 PARENTS/AMIS 04 ORGANISME DE FINANCEMENT ... 05 ASSOCIATION PROFESSIONNELLE 06 AUTRE 96	
1412	ENREGISTREZ L'HEURE	HEURE <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTE <input type="text"/> <input type="text"/>	

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES CONCERNANT L'ENQUÊTÉE

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES

AUTRES COMMENTAIRES

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'EQUIPE: _____ DATE: _____

OBSERVATION DE LA CONTRÔLEUSE

NOM DE LA CONTRÔLEUSE: _____ DATE: _____