

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ  
QUESTIONNAIRE FEMME

REPUBLIQUE DE GUINEE  
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

IDENTIFICATION																									
NOM DE LA LOCALITE _____	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td>GRAPPE</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>MENAGE</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>REGION</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>MILIEU</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>MILIEU DETAILLE</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>N° DE LIGNE</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	GRAPPE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MENAGE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	REGION	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MILIEU	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MILIEU DETAILLE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	N° DE LIGNE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GRAPPE		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
MENAGE		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
REGION		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
MILIEU		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
MILIEU DETAILLE		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
N° DE LIGNE		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																									
NUMÉRO DE GRAPPE .....																									
NUMÉRO DE MÉNAGE .....																									
REGION ADMINISTRATIVE _____																									
URBAIN/RURAL (URBAIN = 1 , RURAL = 2)																									
CONAKRY/CAPITALE REGION NATURELLE/AUTRE VILLE/RURAL .....																									
(CONAKRY = 1, CAPITALE REGIONALE = 2, AUTRE VILLE = 3, RURAL = 4)																									
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____																									

VISITES D'ENQUÊTRICE																			
	1	2	3	VISITE FINALE															
DATE	_____	_____	_____	JOUR MOIS ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td></tr></table>	2	0	1	2											
2	0	1	2																
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	N° ENQUÊT. <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	RÉSULTAT <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>														
<input type="text"/>																			
PROCHAINE DATE VISITE : HEURE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>														
<input type="text"/>																			
<p>* CODES RÉSULTAT :</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>1 REMPLI</td> <td>4 REFUSÉ</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 PAS À LA MAISON</td> <td>5 PARTIELLEMENT REMPLI</td> <td>7 AUTRE</td> <td colspan="2">_____ (PRÉCISEZ)</td> </tr> <tr> <td>3 DIFFÉRÉ</td> <td>6 INCAPACITÉ</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					1 REMPLI	4 REFUSÉ				2 PAS À LA MAISON	5 PARTIELLEMENT REMPLI	7 AUTRE	_____ (PRÉCISEZ)		3 DIFFÉRÉ	6 INCAPACITÉ			
1 REMPLI	4 REFUSÉ																		
2 PAS À LA MAISON	5 PARTIELLEMENT REMPLI	7 AUTRE	_____ (PRÉCISEZ)																
3 DIFFÉRÉ	6 INCAPACITÉ																		

LANGUE DE QUESTIONNAIRE 

<input type="text"/>
----------------------

LANGUE DE L'INTERVIEW 

<input type="text"/>
----------------------

INTERPRETE (OUI = 1, NON = 2) 

<input type="text"/>
----------------------

\* CODES DE LANGUE :

1 FRANCAIS	4 MALINKE	7 KPELE
2 SOUSSOU	5 KISSI	8 AUTRES
3 PEUHL	6 LOMA	

CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLEUSE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR										
NOM _____ <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NOM _____ <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<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"/>												

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT INFORMÉ

CONSENTEMENT INFORMÉ

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_ et je travaille pour l'Institut National de la Statistique (INS). Nous effectuons une enquête nationale sur la santé des guinéens. Les informations que nous collectons aideront notre gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement entre 30 et 60 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligée de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez d'y participer car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

Si vous souhaitez plus d'informations sur l'enquête, vous pouvez contacter la personne dont le nom figure sur la carte qui a déjà été donnée à votre ménage.

Avez-vous des questions ? Puis-je commencer l'interview maintenant ?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE : \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE D'ÊTRE INTERVIEWÉE ... 1 L'ENQUÊTÉE REFUSE D'ÊTRE INTERVIEWÉE ..... 2 → FIN



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
101	ENREGISTREZ 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 ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 102 ET/OU 103 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	Êtes-vous allée à l'école ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 108
105	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE 1 ..... 2 SECONDAIRE 2 ..... 3 PROFESSIONNEL A ..... 4 PROFESSIONNEL B ..... 5 SUPÉRIEUR ..... 6	
106	Quel est (l'année/classe) la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ?  SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	CLASSE/ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
107	VÉRIFIEZ 105: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span>PRIMAIRE <input type="checkbox"/></span> <span>SECONDAIRE OR SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/></span> </div>		→ 110
108	Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase. MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉE. SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ: Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT ..... 1 PEUT SEULEMENT LIRE DES PARTIES DE LA PHRASE ..... 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE ..... 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DE L'ENQUÊTÉE ..... 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE ..... 5	
109	VÉRIFIEZ 108: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span>CODE '2', '3' OU '4' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></span> <span>CODE '1' OU '5' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></span> </div>		→ 111
110	Lisez-vous un journal ou un magazine au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
111	Écoutez-vous la radio au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
112	Regardez-vous la télévision au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
113	Quelle est votre religion ?	MUSULMANE 1 CHRÉTIENNE 2 ANIMISTE 3 SANS RELIGION 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	
114	Quelle est votre ethnie ?	SOUSSOU 1 PEUHL 2 MALINKE 3 KISSI 4 TOMA 5 GUERZE 6 AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
115	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous dormi ailleurs que chez vous pour une ou plusieurs nuits ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE ..... 00	→ 201
116	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été absent de chez vous pendant plus d'un mois d'affilée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

## SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À								
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà donné naissance à des enfants ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206								
202	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 204								
203	Combien de fils vivent avec vous ? Et combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '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 vivants mais qui ne vivent pas avec vous ? Combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '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 à une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON INSISTEZ : Aucun bébé qui a crié ou montré un signe de vie mais qui n'a pas survécu ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 208								
207	Combien de garçons sont décédés ? Combien de filles sont décédés ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '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 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUNE, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL DES NAISSANCES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIEZ 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL _____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTEZ ET CORRIGEZ 201 À 208 COMME IL SE DOIT										
210	VÉRIFIEZ 208: UNE NAISSANCE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> →		→ 226								

211 Je voudrais maintenant faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la 1<sup>re</sup>.  
**INSCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. INSCRIVEZ LES JUMEAUX/TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.**  
**(S'IL Y A PLUS DE 12 NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE, EN COMMENÇANT À LA SECONDE LIGNE).**

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
<p>Quel nom a été donné à votre (premier enfant/ enfant suivant) ?</p> <p>INSCRIVEZ LE NOM.</p> <p>N° DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES</p>	<p>(NOM) est-il un garçon ou une fille ?</p> <p>GAR. 1 FILLE 2</p>	<p>Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?</p> <p>SIMP. 1 MULT. 2</p>	<p>En quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né ?</p> <p>INSISTEZ : Quelle est sa date de naissance ?</p> <p>MOIS <input type="text"/><input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>(NOM) est-il/elle encore en vie ?</p> <p>OUI 1 NON 2 ↓ 220</p>	<p>SI EN VIE :</p> <p>Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?</p> <p>INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUTIONNÉES.</p> <p>ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>SI EN VIE :</p> <p>(NOM) vit-il/elle avec vous ?</p> <p>OUI .. 1 NON 2</p>	<p>SI EN VIE :</p> <p>INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. (INSCRIVEZ 00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE).</p> <p>N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/><input type="text"/> ↓ (NAISSANCE SUIVANTE)</p>	<p>SI DÉCÉDÉ :</p> <p>Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé ?</p> <p>SI '1 AN', INSISTEZ : Combien de mois avait (NOM) ? INSCRIVEZ EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANNÉES.</p> <p>JOURS 1 <input type="text"/><input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/><input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?</p> <p>OUI .... 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON .... 2 NAISS. ↙ SUIVANTE</p>
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre enfant suivant ?  INSCRIVEZ LE NOM.  N° DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	(NOM) est-il un garçon ou une fille ?	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?	En quel mois et quelle année est né (NOM) ?  INSISTEZ : Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	SI EN VIE : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?  INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	SI EN VIE : (NOM) vit-il/elle avec vous ?	SI EN VIE : INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. (INSCRIVEZ 00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE).	SI DÉCÉDÉ : Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé ? SI '1 AN', INSISTEZ : Combien de mois avait (NOM) ? INSCRIVEZ 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 qui sont décédés après la naissance ?
08	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 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 DE MÉNAGE <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI .... 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON .... 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
09	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 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 DE MÉNAGE <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI .... 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON .... 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
10	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 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 DE MÉNAGE <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI .... 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON .... 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
11	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 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 DE MÉNAGE <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI .... 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON .... 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
12	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 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 DE MÉNAGE <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI .... 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON .... 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ? SI OUI, INSCRIVEZ LA/LES NAISSANCE DANS LE TABLEAU.					OUI ..... 1 NON ..... 2			
223	COMPAREZ 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHEZ : NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTEZ ET CORRIGEZ)								
224	VÉRIFIEZ 215 : INSCRIVEZ LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2007 OU PLUS TARD.					NOMBRE DE NAISSANCES ..... <input type="text"/> AUCUNE ..... 0		→ 226	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
226	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛRE ..... 8	<input type="checkbox"/> → 230
227	Depuis combien de mois êtes-vous enceinte ?  ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Quand vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 230
229	Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas/plus d'enfant ?	PLUS TARD ..... 1 NE PAS/NE PLUS AVOIR D'ENFANT ... 2	
230	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 238
231	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
232	VÉRIFIEZ 231 :  DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN <input type="text"/> JAN. 2007 OU PLUS TARD ↓ DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE AVANT <input type="text"/> JAN. 2007		→ 238
233	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
234	Depuis janvier 2007, avez-vous eu d'autres grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
236	Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant 2007 et qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 238
237	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2007 ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A																
238	Quand vos dernières règles ont-elles commencé ?  <hr/> (INSCRIVEZ LA DATE SI ELLE EST DONNÉE)	IL Y A ..... JOURS ..... 1 <table border="1" data-bbox="1247 153 1352 212"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table> IL Y A .....SEMAINES ... 2 <table border="1" data-bbox="1247 212 1352 270"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table> IL Y A .....MOIS ..... 3 <table border="1" data-bbox="1247 270 1352 329"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table> IL Y A .....ANNÉES ... 4 <table border="1" data-bbox="1247 329 1352 388"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table> EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE ... 994  AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995  JAMAIS EU DE RÈGLES ..... 996																	
239	Entre la période des règles et les règles suivantes, est-ce qu'il y a une période où les femmes ont plus de chances de tomber enceintes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	<input type="checkbox"/> → 301																
240	Est-ce que cette période se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles soient terminées ou bien au milieu de deux périodes de règles ?	JUSTE AVANT QUE LES RÈGLES COMMENCENT ..... 1 PENDANT LES RÈGLES ..... 2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES ..... 3 AU MILIEU, ENTRE DEUX PÉRIODES ..... 4  AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8																	





## SECTION 3. CONTRACEPTION

301	Je voudrais maintenant que nous parlions de planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. Avez-vous entendu parler de/du/des:		
01	La <b>stérilisation féminine</b> . INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
02	La <b>stérilisation masculine</b> . INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
03	<b>Dispositif Intra Utérin (DIU) ou stérilet</b> . INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin ou une infirmière leur place dans l'utérus.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
04	<b>Injectables</b> . INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé qui les empêche de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
05	<b>Implants</b> . INSISTEZ : Les femmes peuvent se faire insérer par un médecin ou une infirmière un batonnet ou plus sous la peau du haut du bras pour les empêcher de tomber enceinte, pendant une année ou plus.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
06	<b>La pilule</b> . INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
07	<b>Condom</b> . INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
08	<b>Condom féminin</b> . INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
09	<b>Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)</b> . Jusqu'à 6 mois après la naissance, et quand ses règles ne sont pas encore revenues, une femme peut utiliser une méthode qui consiste à allaiter son bébé chaque fois qu'il le demande, de jour comme de nuit, sans jamais lui donner aucun autre aliment.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
10	<b>DIAPHRAGME</b> : Les femmes peuvent se placer un diaphragme dans leur vagin avant les rapports sexuels	OUI ..... 1 NON ..... 2	
11	<b>COMPRIME, MOUSSE OU GELEE</b> : Les femmes peuvent s'insérer un comprimé, se mettre de la gelée ou de la crème dans leur vagin avant les rapports sexuels	OUI ..... 1 NON ..... 2	
12	<b>La méthode du rythme</b> . INSISTEZ : Pour éviter une grossesse, les femmes n'ont pas de rapports sexuels les jours du mois où elles pensent qu'elles peuvent tomber enceintes	OUI ..... 1 NON ..... 2	
13	<b>Retrait</b> . INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
14	<b>La pilule du lendemain</b> . INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre pendant trois jours après des rapports sexuels non protégés des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
15	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes qu'une femme ou un homme peut utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI ..... 1 _____ (PRÉCISEZ) _____ (PRÉCISEZ) NON ..... 2	
302	VÉRIFIEZ 226 :  PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → 313		
303	Faites-vous actuellement quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 313

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
304	<p>Quelle méthode utilisez-vous ?</p> <p>ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> <p>SI PLUS D'UNE MÉTHODE EST MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTION DE PASSAGE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE ..... A</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE ..... B</p> <p>DIU ..... C</p> <p>INJECTABLES ..... D</p> <p>IMPLANTS ..... E</p> <p>PILULE ..... F</p> <p>CONDOM ..... G</p> <p>CONDOM FÉMININ ..... H</p> <p>DIAPHRAGME ..... I</p> <p>MOUSSE/GELÉE ..... J</p> <p>MAMA ..... K</p> <p>MÉTHODE DU RYTHME ..... L</p> <p>RETRAIT ..... M</p> <p>AUTRE MÉTHODE MODERNE ... X</p> <p>AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE Y</p>	<p>→ 307</p> <p>→ 308A</p> <p>→ 306</p> <p>→ 308A</p>
305	<p>Quelle est la marque de pilule que vous utilisez actuellement ?</p> <p>SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.</p>	<p>PLANYL ..... 01</p> <p>MINIDRIL ..... 02</p> <p>ADEPAL ..... 03</p> <p>TRIELLA ..... 04</p> <p>STEDRIL ..... 05</p> <p>MICROVAL ..... 06</p> <p>OVRETTE ..... 07</p> <p>NORLEVO ..... 08</p> <p>MICROLITTE ..... 09</p> <p>MICROGINON ..... 10</p> <p>LOFEMEL ..... 11</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p>→ 308A</p>
306	<p>Quelle est la marque de condom que vous utilisez actuellement ?</p> <p>SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.</p>	<p>PRUDENCE PLUS ..... 01</p> <p>CONDOM IPPF ..... 02</p> <p>DUREX ..... 03</p> <p>SULTAN ..... 04</p> <p>SUPERMANIX ..... 05</p> <p>INOTEX ..... 06</p> <p>FEMIDON ..... 07</p> <p>MANIX EXTRA ..... 08</p> <p>MANIX NOUVEAU ..... 09</p> <p>MANIX CONTACT ..... 10</p> <p>MANIX PLEASUR ..... 11</p> <p>KAMASUTURA ..... 12</p> <p>FAGARU ..... 13</p> <p>TTK ..... 14</p> <p>ANYTIME ..... 15</p> <p>PROTECTOR ..... 16</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p>→ 308A</p>
307	<p>Dans quel établissement a été effectuée la stérilisation ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINEZ SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ... 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVT ... 12</p> <p>CLINIQUE PLANIFICATION FAM.... 13</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ ..... 22</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
308	En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?		
308A	Depuis quel mois et quelle année utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?  INSISTEZ : Depuis combien de temps utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?	MOIS ..... ANNÉE .....	→ 314
313	Avez-vous déjà utilisé quelque chose ou essayé de n'importe quelle manière de retarder ou d'éviter une grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 324
314	VÉRIFIEZ 304 :  ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE :  SI PLUS D'UN CODE EST ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.	AUCUN CODE ENCERCLÉ ..... 00 STÉRILISATION FÉMININE ..... 01 STÉRILISATION MASCULINE ..... 02 DIU ..... 03 INJECTABLES ..... 04 IMPLANTS ..... 05 PILULE ..... 06 CONDOM ..... 07 CONDOM FÉMININ ..... 08 DIAPHRAGME ..... 09 MOUSSE/GELÉE ..... 10 MAMA ..... 11 MÉTHODE DU RYTHME ..... 12 RETRAIT ..... 13 AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... 95 AUTRE MÉTHODE TRADITION. .... 96	→ 324 → 317A → 326        → 315A → 326
315	Vous avez commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) en (DATE de Q.308/308A). Où l'avez-vous obtenue à ce moment-là ?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. .... 11 CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... 12 CLINIQUE PF ..... 13 AGENT DE SANTÉ ..... 14 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 16 (PRÉCISEZ)	
315A	Où avez-vous appris comment utiliser la méthode du rythme/MAMA ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 PHARMACIE ..... 22 MÉDECIN PRIVÉ ..... 23 AGENT DE SANTÉ ..... 24 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 26 (PRÉCISEZ)  AUTRE ENDROIT BOUTIQUE ..... 31 BAR/BOITE DE NUIT/HOTE ..... 32 AMI/PARENTS ..... 33  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
316	VÉRIFIEZ 304 :  ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE :  S'IL Y A PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.	DIU ..... 03 INJECTABLES ..... 04 IMPLANTS ..... 05 PILULE ..... 06 CONDOM ..... 07 CONDOM FÉMININ ..... 08 DIAPHRAGME ..... 09 MOUSSE/GELÉE ..... 10 MAMA ..... 11 MÉTHODE DU RYTHME ..... 12	→ 323 → 320 → 326 → 326
317	À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes que vous pourriez avoir en utilisant cette méthode ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 319
317A	Quand vous avez été stérilisée, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes que vous pourriez avoir à cause de la méthode ?		
318	Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a parlé des effets secondaires ou des problèmes que vous pourriez avoir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 320
319	Vous a-t-on dit ce qu'il fallait faire si vous aviez ces effets secondaires ou ces problèmes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
320	VÉRIFIEZ 317 :  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>CODE '1' ENCERCLÉ</p>  <p>À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pourriez utiliser ?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>CODE '2' ENCERCLÉ</p>  <p>Quand vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE DE 314) de (ENDROIT DE 307 OU 315), vous a-t-on parlé d'autres méthodes de PF que vous pouviez utiliser ?</p> </div> </div>	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 322
321	Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a déjà parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
322	VÉRIFIEZ 304 :  ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE :  S'IL Y A PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE ..... 01 STÉRILISATION MASCULINE ..... 02 DIU ..... 03 INJECTABLES ..... 04 IMPLANTS ..... 05 PILULE ..... 06 CONDOM ..... 07 CONDOM FÉMININ ..... 08 DIAPHRAGME ..... 09 MOUSSE/GELÉE ..... 10 MAMA ..... 11 MÉTHODE DU RYTHME ..... 12 RETRAIT ..... 13 AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... 95 AUTRE MÉTHODE TRADITION. .... 96	→ 326 → 326 → 326

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
323	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVT. 12</p> <p>CLINIQUE PF/AGBEF 13</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 14</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... 15</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21</p> <p>PHARMACIE ..... 22</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... 23</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 24</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... 25</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE ..... 31</p> <p>BAR/BOITE DE NUIT/HOTEL ..... 32</p> <p>AMI/PARENTS ..... 33</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 326</p>
324	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>→ 326</p>
325	<p>Où est cet endroit ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVT. B</p> <p>CLINIQUE PF/AGBEF C</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... D</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ E</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... F</p> <p>PHARMACIE ..... G</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... H</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... I</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ J</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE ..... K</p> <p>BAR/BOITE DE NUIT/HOTEL ..... L</p> <p>AMIS/PARENTS ..... M</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
326	<p>Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez reçu la visite d'un agent de santé qui vous a parlé de planification familiale ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
327	<p>Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même (ou pour vos enfants) ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>→ 401</p>
328	<p>Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

401	VÉRIFIEZ 224 : UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2007 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE EN 2007 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> → 462		
402	VÉRIFIEZ 215 : INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE EN 2007 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES, EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ LES 2 DERNIÈRES COLONNES DE QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES). Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).			
403	NUMÉRO DE LIGNE DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> NAISSANCE	AVANT-AVANT DER. NAISS. NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> NAISSANCE
404	À PARTIR DES QUESTIONS 212 ET 216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> DÉ	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> DÉ	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> DÉ
405	Quand vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI ..... 1 (PASSEZ À 408) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSEZ À 430) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSEZ À 430) ← NON ..... 2
406	Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas (ou plus) d'enfant ?	PLUS TARD ..... 1 PLUS D'ENFANT ..... 2 (PASSEZ À 408) ←	PLUS TARD ..... 1 PLUS D'ENFANT ..... 2 (PASSEZ À 430) ←	PLUS TARD ..... 1 PLUS D'ENFANT ..... 2 (PASSEZ À 430) ←
407	Combien de temps de plus vouliez-vous 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
408	Avez-vous consulté quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 415) ←		
409	Qui avez-vous consulté ?  Quelqu'un d'autre ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... A SAGE-FEMME ... B AIDE DE SANTE . C INFIRMIERE ..... D ATS ..... E AUTRE PERSONEL ACCOUCHEUSE TRADITION ... F AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE ..... G  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
410	<p>Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette naissance ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON</p> <p>VOTRE MAISON A</p> <p>AUTRE MAISON B</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... D</p> <p>POSTE DE SANTÉ GOUVT. .... E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ H</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>		
411	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez eu votre première consultation prénatale pour cette grossesse ?	<p>MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>		
412	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu de consultation prénatale ?	<p>NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>		
413	Est-ce qu'au cours des visites prénatales durant cette grossesse, les examens suivants ont été effectués au moins une fois :	<p>OUI NON</p> <p>TENSION ... 1 2</p> <p>URINE ..... 1 2</p> <p>SANG ... 1 2</p>		
414	Au cours de l'une de ces visites prénatales, vous a-t-on parlé de choses qui peuvent être le signe de problèmes de la grossesse ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>		
415	Durant cette grossesse, vous a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 418) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
416	Durant cette grossesse, combien de fois vous a-t-on fait une injection contre le tétanos ?	FOIS ..... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS ..... 8		
417	VÉRIFIEZ 416 :	2 FOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 421)		
418	À n'importe quel moment avant cette grossesse, vous a-t-on fait des injections contre le tétanos ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 421) ← NE SAIT PAS ... 8		
419	Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu des injections contre le tétanos ?  SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	FOIS ..... <input type="checkbox"/>  NE SAIT PAS ..... 8		
420	Avant cette grossesse, il y a combien d'années que vous avez reçu la dernière injection contre le tétanos ?	IL Y A ANNÉES ... <input type="text"/> <input type="text"/>		
421	Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ? MONTREZ COMPRIME/SIROP	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 423) ← NE SAIT PAS ..... 8		
422	Pendant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris des comprimés ou du sirop ?  SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ 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		
424	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 430) ← NE SAIT PAS ..... 8		
425	Quels médicaments avez-vous pris ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS DÉTERMINÉ, MONTREZ DES ANTIPALUDÉENS COURANTS À L'ENQUÊTÉE.	SP/FANSIDAR ... A CHLOROQUINE ... B  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z		



N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
426	VÉRIFIEZ 425 :  SP/FANSIDAR PRIS À TITRE PRÉVENTIF CONTRE LE PALUDISME.	CODE 'A'      CODE ENCERCLÉ    A' NON <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ  (PASSEZ À 430) ←		
427	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la (SP/Fansidar) ?	FOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>		
428	VÉRIFIEZ 409 :  SOINS PRÉNATALS PAR DU PERSONNEL DE SANTÉ DURANT CETTE GROSSESSE.	CODE 'A',      AUTRE 'B' OU 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 430) ←		
429	Vous a-t-on donné la (SP/Fansidar) durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé ou l'avez-vous obtenue d'une autre source ?	VISITE PRÉNATALE    1 AUTRE VISITE  MÉDICALE .....    2 AUTRE ENDROIT      6		
429A	Cette PS/Fansidar obtenue a Q429, l'avez-vous prise devant un médecin/infirmière, à la maison ou ailleurs?	DEVANT L'INFIRMIERE/ MEDECIN .....    1 A LA MAISON ..... 2 AILLEURS .....    3		
430	Quand (NOM) est né, 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
431	(NOM) a t-il /elle été pesé à la naissance ?	OUI .....            1  NON .....            2 (PASSEZ À 433) ← NE SAIT PAS .....    8	OUI .....            1  NON .....            2 (PASSEZ À 433) ← NE SAIT PAS .....    8	OUI .....            1  NON .....            2 (PASSEZ À 433) ← NE SAIT PAS .....    8
432	Combien (NOM) pesait-il/elle ?  INSCRIVEZ LE POIDS EN KILOGRAMMES À PARTIR DU 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      99998	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      99998	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      99998
433	Qui vous a assisté durant l'accouchement de (NOM) ?  Quelqu'un d'autre ?  INSISTEZ POUR LES TYPES DE PERSONNES ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE PERSONNE NE L'A ASSISTÉE, INSISTEZ POUR DÉTERMINER SI DES ADULTES ÉTAIENT PRÉSENTS À L'ACCOUCHEMENT.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN .....    A SAGE FEMME ...    B AIDE DE SANTE ... C INFIRMIERE ...    D ATS .....        E MATRONE .....    F AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. ...    G AMI/PARENTS ...    H  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) PERSONNE .....    Y	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN .....    A SAGE FEMME ...    B AIDE DE SANTE ... C INFIRMIERE ...    D ATS .....        E MATRONE .....    F AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. ...    G AMI/PARENTS ...    H  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) PERSONNE .....    Y	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN .....    A SAGE FEMME ...    B AIDE DE SANTE ... C INFIRMIERE ...    D ATS .....        E MATRONE .....    F AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. ...    G AMI/PARENTS ...    H  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) PERSONNE .....    Y

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____													
434	Où avez-vous accouché de (NOM) ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	MAISON VOTRE MAISON 11 (PASSEZ À 438) ← AUTRE MAISON 12  SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. 21 CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... 22 POSTE DE SANTÉ GOUVT ..... 23 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)  SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 438) ←	MAISON VOTRE MAISON 11 (PASSEZ À 448) ← AUTRE MAISON 12  SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. 21 CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... 22 POSTE DE SANTÉ GOUVT ..... 23 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)  SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 448) ←	MAISON VOTRE MAISON 11 (PASSEZ À 448) ← AUTRE MAISON 12  SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. 21 CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... 22 POSTE DE SANTÉ GOUVT ..... 23 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)  SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 448) ←													
434A	Combien de temps après l'accouchement de (NOM) êtes-vous restée là ?  SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ 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> SEMAINES 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															
435	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne, c'est-à-dire que l'on vous a ouvert le ventre pour faire sortir le bébé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2													
435A	Avez-vous eu des complications à l'accouchement de (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ... 2 → 436	OUI ..... 1 NON ... 2 → 448	OUI ..... 1 NON ... 2 → 448													
435B	Quel genre de complication avez-vous eu ?	HEMORRAGIE 1 TEMPS DE TRAVAIL TROP LONG 2 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	HEMORRAGIE 1 TEMPS DE TRAVAIL TROP LONG 2 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	HEMORRAGIE 1 TEMPS DE TRAVAIL TROP LONG 2 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)													
435C	Avez-vous bénéficié de soins ?	OUI ..... 1 NON ... 2 → 436	OUI ..... 1 NON ... 2 → 448	OUI ..... 1 NON ... 2 → 448													

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____						
435D	Qui a fourni ces soins ?	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... A SAGE-FEMME ... B AIDE DE SANTE . C INFIRMIERE ..... D ATS ... E AUTRE PERSONEL ACCOUCHEUSE TRADITION ... F AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE ..... G AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... A SAGE-FEMME ... B AIDE DE SANTE . C INFIRMIERE ..... D ATS ... E AUTRE PERSONEL ACCOUCHEUSE TRADITION ... F AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE ..... G AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... A SAGE-FEMME ... B AIDE DE SANTE . C INFIRMIERE ..... D ATS ... E AUTRE PERSONEL ACCOUCHEUSE TRADITION ... F AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE ..... G AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)						
436	Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu'un a contrôlé votre état de santé pendant que vous étiez dans l'établissement ?	OUI ..... 1 (PASSEZ À 439) ← NON ..... 2								
437	Est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé après que vous ayez quitté l'établissement ?	OUI ..... 1 (PASSEZ À 439) ← NON ..... 2 (PASSEZ À 442) ←								
438	Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu'un a contrôlé votre état de santé après que vous ayez donné naissance à (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 442) ←								
439	Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?  INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... 11 SAGE FEMME 12 AIDE DE SANTE 13 INFIRMIERE 14 ATS ... 15 AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. ... 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE ... 22 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)								
440	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ?  SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ 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></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></table> SEMAINES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NE SAIT PAS ... 998								

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____								
442	Dans les deux mois qui ont suivi la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une accoucheuse traditionnelle a examiné son état de santé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 446) ← NE SAIT PAS ..... 8										
443	Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), le premier examen a-t-il eu lieu ? SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.	HRS APRES <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><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NAIS. . . 1 JRS APRÈS NAIS. . . 2 SEM.APRÈS NAIS. . . 3  NE SAIT PAS ... 998										
444	Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?  INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... 11 SAGE FEMME ..... 12 AIDE DE SANTE ... 13 INFIRMIERE ..... 14 ATS . . . . . 15 AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. . . . 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE . . . . 22  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)										
445	Où ce premier examen de (NOM) a-t-il eu lieu ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	MAISON VOTRE MAISON 11 AUTRE MAISON 12  SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT 21 CENTRE DE SANTÉ GOUVT. . . . . 22 POSTE DE SANTÉ GOUVT. . . . . 23 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)  SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)										
446	Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme (celle-ci/l'une de celles-ci) ?  MONTREZ DES MODÈLES COURANTS D'AMPOULES/ GÉLULES/SIROP.	OUI ..... 1 NON ..... 2  NE SAIT PAS ..... 8										

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
447	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ?	OUI ..... 1 (PASSEZ À 449) ← NON ..... 2 (PASSEZ À 450) ←		
448	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ?		OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 452) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 452) ←
449	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ?	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98
450	VÉRIFIEZ 226 : L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ENCEINTE ?	PAS EN-CEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 452) ←		
451	Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 453) ←		
452	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
453	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI ..... 1 (PASSEZ À 455) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
454	VÉRIFIEZ 404 : L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSEZ À 460) (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 462)		
455	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ?  SI MOINS D'UNE HEURE, INSCRIVEZ '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, ENREGISTREZ EN HEURES. SINON, ENREGISTREZ EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT 000  HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>		
456	Dans les trois premiers jours après la naissance est-ce que (NOM) a reçu autre chose à boire que le lait maternel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 458) ←		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
457	Qu'a t-on donné a boire à (NOM) ?  Rien d'autre ?  ENREGISTREZ TOUS LES LIQUIDES MENTIONNÉS.	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) A EAU ..... B EAU SUCRÉE OU EAU GLUCOSÉE C INFUSION CALMANTE POUR COLIQUES D SOLUTION D'EAU SALÉE SUCRÉ E JUS DE FRUIT ... F LAIT EN POUDRE POUR BÉBÉ ... G THÉ/INFUSIONS ... H CAFÉ ..... I MIEL ..... J AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)		
458	VÉRIFIEZ 404 :  L'ENFANT EST-IL EN VIE ?	EN VIE      DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓                      ↓ (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISS. ALLEZ À 462)	EN VIE      DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓                      ↓ (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISS. ALLEZ À 462)	EN VIE      DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓                      ↓ (RETOURNEZ À 405 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUEST. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISS. ALLEZ À 462)
459	Allaitez-vous encore (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2		
460	(NOM) a-t-il 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
461		(RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISS. ALLEZ À 462)	(RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISS. ALLEZ À 462)	(RETOURNEZ À 405 À L'AVANT-DER. COLONNE DU NOUVEAU QUEST. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISS. ALLEZ À 462)

SECTION 4.B FISTULES OBSTETRIQUES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
462	Une femme peut parfois avoir des écoulements constants d'urine ou 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 ou d'excréments à partir de votre vagin ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 464
463	Avez-vous entendu parler de ce genre de problème, je veux dire d'une femme qui a des écoulements constants d'urine ou d'excréments à partir de son vagin ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 470
464	Est-ce que ce problème est arrivé après un accouchement, après un viol, après une opération chirurgicale pelvienne ou après un autre évènement ?	ACCOUCHEMENT ..... 1 VIOL ..... 2 OPERATION CHIRURGICALE ..... 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	→ 466
465	Cet enfant est-il né vivant ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
466	Avez-vous cherché à soigner cet écoulement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 468
467	Pourquoi n'avez-vous pas cherché à vous soigner ?  Ne savais pas que le problème pouvait se soigner Ne sait où aller Trop cher Etablissement de soin éloigné Mauvaise qualité des soins à l'établissement Ne pouvait avoir la permission pour y aller Gène  Insistez : Quoi d'autre?	SAIT PAS COMMENT ..... A SAIT PAS OU ALLER ..... B TROP CHER ..... C DISTANCE ..... D QUALITE SOINS ..... E AUTORISATION ..... F GENE ..... G AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	→ 470
468	Qui avez-vous consulté pour la dernière fois ?	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... 11 SAGE-FEMME ... .. 12 AIDE DE SANTE . . . . . 13 INFIRMIERE ..... 14 ATS ... .. 15 AUTRE PERSONEL ACCOUCHEUSE TRADITION ... .. 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE ..... 22 GUERISSEUR TRAD. 23 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
469	Ce traitement a-t-il résolu le problème ?	OUI IL N'Y PLUS D'ÉCOULEMENT 1 OUI MAIS ENCORE UN PEU D'ÉCOULEMENT 2 NON LE PROBL7ME DEMEUR 3	
470	VÉRIFIEZ 224 :  UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> OU PLUS OU PLUS EN 2007 <input type="checkbox"/> OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> EN 2007 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>	→ 556

**SECTION 5. VACCINATIONS DES ENFANTS, SANTÉ ET NUTRITION**

501	INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2007 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES, EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ LES 2 DERNIÈRES COLONNES DE QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).																																																																																																																																																																								
502	N° DE LIGNE DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <input style="width:40px; height:20px;" type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <input style="width:40px; height:20px;" type="text"/>	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <input style="width:40px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																																																																					
503	À PARTIR DE 212 ET 216	NOM _____ EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À LA COL.SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	NOM _____ EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À LA COL.SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	NOM _____ EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DER.COL. DU NOUVEAU QUEST. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISS., ALLEZ À 553)																																																																																																																																																																					
504	Avez-vous un carnet où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?  SI OUI : Puis-je le voir ?	OUI, VU ..... 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU ..... 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET ..... 3	OUI, VU ..... 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU ..... 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET ..... 3	OUI, VU ..... 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU ..... 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET ..... 3																																																																																																																																																																					
505	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ?	OUI ..... 1 (PASSEZ À 509) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSEZ À 509) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSEZ À 509) ← NON ..... 2																																																																																																																																																																					
506	(1) COPIEZ LES DATES DU CARNET. (2) INSCRIVEZ '44' À LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET INDIQUE QU'UNE DOSE A ÉTÉ DONNÉE MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE.																																																																																																																																																																								
		DERNIÈRE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE																																																																																																																																																																					
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>BCG</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>POLIO 1</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>POLIO 2</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>POLIO 3</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>DTCoq1/PENTA 1</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>DTCoq2/PENTA 2</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>DTCoq3/PENTA 3</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>ROUGEOLE</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>VITAMINE A</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>FIEVRE JAUNE (LA PLUS RÉCENTE)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	POLIO 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	POLIO 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	POLIO 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DTCoq1/PENTA 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DTCoq2/PENTA 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DTCoq3/PENTA 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ROUGEOLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VITAMINE A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FIEVRE JAUNE (LA PLUS RÉCENTE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>BCG</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>P0</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>P1</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>P2</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>P3</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>DP1</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>DP2</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>DP3</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>ROU</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>VIT A</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>F J</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DP1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DP2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DP3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ROU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIT A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F J	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>BCG</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>P0</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>P1</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>P2</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>P3</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>DP1</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>DP2</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>DP3</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>ROU</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>VIT A</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>F J</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DP1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DP2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DP3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ROU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIT A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F J	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
POLIO 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
POLIO 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
POLIO 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
DTCoq1/PENTA 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
DTCoq2/PENTA 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
DTCoq3/PENTA 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
ROUGEOLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
VITAMINE A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
FIEVRE JAUNE (LA PLUS RÉCENTE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
P0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
P1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
P2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
P3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
DP1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
DP2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
DP3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
ROU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
VIT A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
F J	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
P0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
P1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
P2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
P3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
DP1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
DP2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
DP3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
ROU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
VIT A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
F J	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
507	VÉRIFIEZ 506 :	BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 511)	AUTRE <input type="checkbox"/>	BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 511)	AUTRE <input type="checkbox"/>	BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 511)	AUTRE <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																		



N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
508	(NOM) a-t-il/elle eu des vaccins qui ne sont pas inscrits sur le carnet, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ?  ENREGISTREZ 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE AU MOINS UN DES VACCINS DE 506 QUI N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉ COMME AYANT ÉTÉ DONNÉ.	OUI ..... 1 (INSISTEZ ←) POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506).  (PASSEZ À 511) ←  NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 (INSISTEZ ←) POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506).  (PASSEZ À 511) ←  NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 (INSISTEZ ←) POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506).  (PASSEZ À 511) ←  NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS ..... 8
509	(NOM) a-t-il/elle déjà eu des vaccins pour lui éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS ..... 8
510	Dites-moi si (NOM) a eu l'un des vaccins suivants :			
510A	Le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse habituellement 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
510B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 510E) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 510E) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 510E) ← NE SAIT PAS ..... 8
510C	Le premier vaccin de la polio a-t-il été donné dans les 2 premières semaines après la naissance ou plus tard ?	DEUX 1 <sup>ÈS</sup> SEMAINES 1 PLUS TARD ..... 2	DEUX 1 <sup>ÈS</sup> SEMAINES 1 PLUS TARD ..... 2	DEUX 1 <sup>ÈS</sup> SEMAINES 1 PLUS TARD ..... 2
510D	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"/>
510E	Le vaccin du Pentavalan, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse ou à la fesse, parfois donné en même temps que les gouttes pour la polio ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 510G) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 510G) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 510G) ← NE SAIT PAS ..... 8
510F	Combien de fois le vaccin du Pentavalan a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>
510G	Le vaccin contre la rougeole, c'est-à-dire une injection dans le bras à l'âge de 9 mois ou plus tard, pour lui éviter 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
510H	Le vaccin contre la fièvre jaune, c'est-à-dire une injection dans le bras à l'âge de 9 mois ou plus tard ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS ..... 8
510I	Combien de fois le vaccin contre la fièvre jaune 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	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
511	Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) une dose de vitamine A comme (celle-ci/l'une de celles-ci) ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS D'AMPOULES/ GÉLULES/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
512	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) des comprimés de fer, des granules avec du fer ou du sirop contenant du fer comme (celui-ci) ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS DE COMPRIMÉS, GRANULES OU 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
513	Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) 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
514	(NOM) a-t-il eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 525) ←   NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 525) ←   NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 525) ←   NE SAIT PAS ..... 8
515	Y avait-il 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
516	Je voudrais maintenant savoir quelle quantité de liquides a été donnée à (NOM) pendant la diarrhée (y compris le lait maternel).  Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?  SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?	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
517	Quand (NOM) avait la diarrhée, lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger ?  SI MOINS, INSISTEZ: Lui a-t-on donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?	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
518	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 522) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 522) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 522) ←

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
519	<p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ÉTABLISSEMENT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT/</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B</p> <p>POSTE DE SANTÉ GOUVT. .... C</p> <p>AGENT DE SANTÉ D</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ E</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... F</p> <p>PHARMACIE ... G</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ H</p> <p>CLINIQUE MOBILE I</p> <p>AGENT DE SANTÉ J</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ K</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE ..... L</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL M</p> <p>MARCHÉ ..... N</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B</p> <p>POSTE DE SANTÉ GOUVT. .... C</p> <p>AGENT DE SANTÉ D</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ E</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... F</p> <p>PHARMACIE ..... G</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ H</p> <p>CLINIQUE MOBILE I</p> <p>AGENT DE SANTÉ J</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ K</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE ..... L</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL M</p> <p>MARCHÉ ..... N</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B</p> <p>POSTE DE SANTÉ GOUVT. .... C</p> <p>AGENT DE SANTÉ D</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ E</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... F</p> <p>PHARMACIE ... G</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ H</p> <p>CLINIQUE MOBILE I</p> <p>AGENT DE SANTÉ J</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ K</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE ..... L</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL M</p> <p>MARCHÉ ..... N</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>
520	VÉRIFIEZ 519 :	<p>2 CODES UN SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU <input type="checkbox"/> CODE</p> <p>PLUS ENCER- ENCERCLÉS CLÉ</p> <p>(PASSEZ À 522) ←</p>	<p>2 CODES UN SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU <input type="checkbox"/> CODE</p> <p>PLUS ENCER- ENCERCLÉS CLÉ</p> <p>(PASSEZ À 522) ←</p>	<p>2 CODES UN SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU <input type="checkbox"/> CODE</p> <p>PLUS ENCER- ENCERCLÉS CLÉ</p> <p>(PASSEZ À 522) ←</p>
521	<p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 519.</p>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>
522	<p>Lui avez-vous donné les choses suivantes à boire à n'importe quel moment dès qu'il/elle a commencé à avoir la diarrhée :</p> <p>a) Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé [ORASEL] ?</p> <p>b) Un liquide maison recommandé (eau + sel + sucre)?</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SACHET SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON 1 2 8</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SACHET SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON 1 2 8</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SACHET SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON 1 2 8</p>
523	A-t-on donné quelque chose (d'autre) pour traiter la diarrhée ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 525) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 525) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 525) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
524	<p>Qu'a-t-on donné (d'autre) pour traiter la diarrhée ?</p> <p>Rien d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUS LES TRAITEMENTS DONNÉS.</p>	<p>COMPRIMÉ OU SIROP</p> <p>ANTIBIOTIQUE A</p> <p>ANTIMOTILITÉ B</p> <p>ZINC ..... C</p> <p>AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) ..... D</p> <p>COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E</p> <p>INJECTION</p> <p>ANTIBIOTIQUE F</p> <p>NON ANTI BIOT G</p> <p>INJECTION INCONNUE ... H</p> <p>(IV) INTRAVEINEUSE I</p> <p>REMÈDE MAISON/ HERBES MÈDICALIQUES ..... J</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	<p>COMPRIMÉ OU SIROP</p> <p>ANTIBIOTIQUE A</p> <p>ANTIMOTILITÉ B</p> <p>ZINC ..... C</p> <p>AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) ..... D</p> <p>COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E</p> <p>INJECTION</p> <p>ANTIBIOTIQUE F</p> <p>NON ANTI BIOT G</p> <p>INJECTION INCONNUE ... H</p> <p>(IV) INTRAVEINEUSE I</p> <p>REMÈDE MAISON/ HERBES MÈDICALIQUES ..... J</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	<p>COMPRIMÉ OU SIROP</p> <p>ANTIBIOTIQUE A</p> <p>ANTIMOTILITÉ B</p> <p>ZINC ..... C</p> <p>AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) ..... D</p> <p>COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E</p> <p>INJECTION</p> <p>ANTIBIOTIQUE F</p> <p>NON ANTI BIOT G</p> <p>INJECTION INCONNUE ... H</p> <p>(IV) INTRAVEINEUSE I</p> <p>REMÈDE MAISON/ HERBES MÈDICALIQUES ..... J</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>
525	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 527) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 527) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 527) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>
526	À n'importe quel moment au cours de sa maladie, est-ce qu'on a pris à (NOM) du sang de son doigt ou de son talon ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>
527	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la toux à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 530) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 530) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 530) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>
528	Quand (NOM) a été malade avec de la toux, est-ce qu'il/elle respirait plus vite que d'habitude, avec un souffle court et rapide ou avait-il/elle des difficultés pour respirer ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 531) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 531) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 531) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>
529	Ces difficultés pour respirer étaient-elles dues à un problème de poitrine ou à un nez bouché ou qui coulait ?	<p>POITRINE SEULE 1</p> <p>NEZ SEUL ..... 2</p> <p>LES DEUX ..... 3</p> <p>AUTRE ..... 6</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p> <p>(PASSEZ À 531) ←</p>	<p>POITRINE SEULE 1</p> <p>NEZ SEUL ..... 2</p> <p>LES DEUX ..... 3</p> <p>AUTRE ..... 6</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p> <p>(PASSEZ À 531) ←</p>	<p>POITRINE SEULE 1</p> <p>NEZ SEUL ..... 2</p> <p>LES DEUX ..... 3</p> <p>AUTRE ..... 6</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p> <p>(PASSEZ À 531) ←</p>
530	VÉRIFIEZ 525 :  A-T-IL EU DE LA FIÈVRE ?	<p>OUI      NON OU NSP</p> <p><input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></p> <p>(RETOURNEZ À 503 À LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)</p>	<p>OUI      NON OU NSP</p> <p><input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></p> <p>(RETOURNEZ À 503 À LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)</p>	<p>OUI      NON OU NSP</p> <p><input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
531	Je voudrais savoir maintenant quelle quantité de boisson a été donnée à (NOM) (y compris le lait maternel) pendant sa maladie avec (de la fièvre et de la toux).  Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?  SI MOINS, INSISTEZ : Lui en a-t-on donné beaucoup moins que d'habitude, ou un peu moins ?	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
532	Quand (NOM) a eu de la (fièvre/toux), lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou ne lui a-t-on rien donné à manger ?  SI MOINS, INSISTEZ : Lui en a-t-on donné beaucoup moins que d'habitude, ou un peu moins ?	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
533	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 537) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 537) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 537) ←
534	Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?  Quelque part ailleurs ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. A CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B POSTE DE SANTÉ GOUVT. .... C CLINIQUE MOBILE D AGENT DE SANTÉ E AUTRE SECTEUR PUBLIC F (PRÉCISEZ)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G PHARMACIE ... H MÉDECIN PRIVÉ I CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ K AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ L (PRÉCISEZ)  AUTRE ENDROIT BOUTIQUE ..... M PRATICIEN TRADITIONNEL N MARCHÉ ..... O AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. A CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B POSTE DE SANTÉ GOUVT. .... C CLINIQUE MOBILE D AGENT DE SANTÉ E AUTRE SECTEUR PUBLIC F (PRÉCISEZ)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G PHARMACIE ... H MÉDECIN PRIVÉ I CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ K AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ L (PRÉCISEZ)  AUTRE ENDROIT BOUTIQUE ..... M PRATICIEN TRADITIONNEL N MARCHÉ ..... O AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. A CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B POSTE DE SANTÉ GOUVT. .... C CLINIQUE MOBILE D AGENT DE SANTÉ E AUTRE SECTEUR PUBLIC F (PRÉCISEZ)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G PHARMACIE ... H MÉDECIN PRIVÉ I CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ K AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ L (PRÉCISEZ)  AUTRE ENDROIT BOUTIQUE ..... M PRATICIEN TRADITIONNEL N MARCHÉ ..... O AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
535	VÉRIFIEZ 534 :	2 CODES 1 SEUL <input type="checkbox"/> OU <input type="checkbox"/> PLUS CODE EN- EN- ENCER- CERCLÉ CLÉS ↓ (PASSEZ À 537) ←	2 CODES 1 SEUL <input type="checkbox"/> OU <input type="checkbox"/> PLUS CODE EN- EN- ENCER- CERCLÉ CLÉS ↓ (PASSEZ À 537) ←	2 CODES 1 SEUL <input type="checkbox"/> OU <input type="checkbox"/> PLUS CODE EN- EN- ENCER- CERCLÉ CLÉS ↓ (PASSEZ À 537) ←
536	Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ? UTILISEZ LES CODES DE 534.	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>
537	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE ; OU,SI PLUS DE ← NAISSANCE, ALLEZ À 553) NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE ; OU,SI PLUS DE ← NAISSANCE, ALLEZ À 553) NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; ← OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553). NE SAIT PAS ..... 8
538	Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ?  Aucun autre médicament ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ANTIPALUDIQUES SP/FANSIDAR A CHLOROQUINE B AMODIAQUINE C QUININE ..... D COMBINAISON AVEC ARTÉMISININE E AUTRE ANTI- PALUDIQUE _____ F (PRÉCISEZ)  ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP ..... G INJECTION ... H  AUTRE MÉDICAMENT ASPIRINE ..... I ACETA- MINOPHEN ... J IBUPROFEN ... K  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z	ANTIPALUDIQUES SP/FANSIDAR ... A CHLOROQUINE B AMODIAQUINE C QUININE ..... D COMBINAISON AVEC ARTÉMISININE E AUTRE ANTI- PALUDIQUE _____ F (PRÉCISEZ)  ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP ..... G INJECTION ... H  AUTRE MÉDICAMENT ASPIRINE ..... I ACETA- MINOPHEN ... J IBUPROFEN ... K  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z	ANTIPALUDIQUES SP/FANSIDAR ... A CHLOROQUINE B AMODIAQUINE C QUININE ..... D COMBINAISON AVEC ARTÉMISININE E AUTRE ANTI- PALUDIQUE _____ F (PRÉCISEZ)  ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP ..... G INJECTION ... H  AUTRE MÉDICAMENT ASPIRINE ..... I ACETA- MINOPHEN ... J IBUPROFEN ... K  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z
539	VÉRIFIEZ 538 : Y A-T-IL UN CODE A-F ENCERCLÉ ?	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553).	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 503 À COL. SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU SI PLUS DE NAISSANCE ALLEZ À 553)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
540	VÉRIFIEZ 538 : SP/FANSIDAR ('A') DONNÉ	CODE 'A'    CODE 'A' ENCERCLÉ    NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓                          ↓ (PASSEZ À 542) ←	CODE 'A'    CODE 'A' ENCERCLÉ    NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓                          ↓ (PASSEZ À 542) ←	CODE 'A'    CODE 'A' ENCERCLÉ    NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓                          ↓ (PASSEZ À 542) ←
541	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la (SP/Fansidar) ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
542	VÉRIFIEZ 538 : CHLOROQUINE ('B') DONNÉE	CODE 'B'    CODE 'B' ENCERCLÉ    NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓                          ↓ (PASSEZ À 544) ←	CODE 'B'    CODE 'B' ENCERCLÉ    NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓                          ↓ (PASSEZ À 544) ←	CODE 'B'    CODE 'B' ENCERCLÉ    NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓                          ↓ (PASSEZ À 544) ←
543	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la Chloroquine ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
544	VÉRIFIEZ 538 : AMODIAQUINE ('C') DONNÉE	CODE 'C'    CODE 'C' ENCERCLÉ    NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓                          ↓ (PASSEZ À 546) ←	CODE 'C'    CODE 'C' ENCERCLÉ    NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓                          ↓ (PASSEZ À 546) ←	CODE 'C'    CODE 'C' ENCERCLÉ    NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓                          ↓ (PASSEZ À 546) ←
545	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'amodiaquine ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
546	VÉRIFIEZ 538 : QUININE ('D') DONNÉE	CODE 'D'    CODE 'D' ENCERCLÉ    NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓                          ↓ (PASSEZ À 548) ←	CODE 'D'    CODE 'D' ENCERCLÉ    NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓                          ↓ (PASSEZ À 548) ←	CODE 'D'    CODE 'D' ENCERCLÉ    NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓                          ↓ (PASSEZ À 548) ←
547	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la quinine ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
548	VÉRIFIEZ 538 :  COMBINAISON AVEC ARTÉMISININE ('E') DONNÉE	CODE 'E' ENCERCLÉ      CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓    ↓ (PASSEZ À 550) ←	CODE 'E' ENCERCLÉ      CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓    ↓ (PASSEZ À 550) ←	CODE 'E' ENCERCLÉ      CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓    ↓ (PASSEZ À 550) ←
549	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre une (COMBINAISON AVEC DE L'ARTÉMISININE) ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
550	VÉRIFIEZ 538 :  AUTRE ANTIPALUDIQUE ('F') DONNÉ	CODE 'F' ENCERCLÉ      CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓    ↓ (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	CODE 'F' ENCERCLÉ      CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓    ↓ (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	CODE 'F' ENCERCLÉ      CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓    ↓ (RETOURNEZ À 503 À L'AVANT-DER. COL. DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)
551	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre (AUTRE ANTIPALUDIQUE) ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
552		RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553.	RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553.	ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553.



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
553	<p>VÉRIFIEZ 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 style="margin-left: 100px;">↓</p> <p>INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE ET CONTINUEZ AVEC 554</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(NOM)</p>		556
554	<p>La dernière fois que (NOM DE 553) est allé aux toilettes, qu'avez-vous fait des excréments ?</p>	<p>ENFANT A UTILISÉ TOILETTES OU LATRINES ..... 01</p> <p>A JETÉ/RINSÉ DANS TOILETTES OU LATRINES ..... 02</p> <p>A JETÉ/RINSÉ 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 style="text-align: right;">(PRÉCISEZ)</p>	
555	<p>VÉRIFIEZ 522(a) ET 522(b), TOUTES LES COLONNES :</p> <p>AUCUN ENFANT N'A REÇU DE LIQUIDE DE SACHET SRO (ORASEL) <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 100px;">↓</p>	<p>UN ENFANT A REÇU DU LIQUIDE DE SACHET SRO (ORASEL) <input type="checkbox"/></p>	557
556	<p>Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé ORASEL que vous pouvez obtenir pour le traitement de la diarrhée ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
557	<p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES :</p> <p>NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2010 OU PLUS TARD VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/>      AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 100px;">↓</p> <p>INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE ET CONTINUEZ AVEC 558</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(NOM)</p>		601

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
558	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les liquides et aliments que (NOM DE 557) a consommés hier pendant le jour ou la nuit. J'aimerais, en particulier, savoir si votre enfant a reçu le liquide ou l'aliment que je vais citer, même s'il était mélangé avec d'autres nourritures.</p> <p>Est-ce que (NOM DE 557) (a bu ou mangé) :</p> <p>a) De l'eau ?</p> <p>b) Des jus ou des boissons à base de jus ?</p> <p>c) Du bouillon ?</p> <p>d) Du lait tel que du lait en boîte, en poudre ou du lait frais d'animal ?  SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu du lait ?  SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</p> <p>e) Du lait en poudre pour bébé ?  SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle bu du lait en poudre pour bébé ?  SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</p> <p>f) D'autres liquides ?</p> <p>g) Du yaourt ?  SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle mangé du yaourt ?  SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</p> <p>h) Une préparation à base de Cerelac ?</p> <p>i) Du pain, du riz, des pâtes, bouillie d'avoine ou autres préparations à base de céréales (maïs, sorgho, mil, fonio,... ?)</p> <p>j) Des citrouilles, carottes, courges ou pommes de terre douces qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur ?</p> <p>k) Des pommes de terre, ignames blanches, manioc, cassava, ou préparations à base de tubercules ?</p> <p>l) Des légumes à feuilles vert foncé ?</p> <p>m) Des mangues, bananes, papayes mûres ?</p> <p>n) D'autres fruits ou légumes ?</p> <p>o) Du foie, rognons, cœur ou autres abats ?</p> <p>p) De la viande de bœuf, de porc, d'agneau, de chèvre, du poulet ou du canard ?</p> <p>q) Des œufs ?</p> <p>r) Du poisson frais ou séché ou des crustacés ?</p> <p>s) N'importe quelle préparation à base de haricots, pois, lentilles ou noix ?</p> <p>t) Du fromage ou d'autres aliments à base de lait ?</p> <p>u) N'importe quelle préparation à base d'aliments solides, semi solides, ou mous ?</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p><b>a)</b> 1 2 8</p> <p><b>b)</b> 1 2 8</p> <p><b>c)</b> 1 2 8</p> <p><b>d)</b> 1 2 8</p> <p>NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT <input type="text"/></p> <p><b>e)</b> 1 2 8</p> <p>NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT EN POUDRE <input type="text"/></p> <p><b>f)</b> 1 2 8</p> <p><b>g)</b> 1 2 8</p> <p>NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A MANGÉ DU YAOURT <input type="text"/></p> <p><b>h)</b> 1 2 8</p> <p><b>i)</b> 1 2 8</p> <p><b>j)</b> 1 2 8</p> <p><b>k)</b> 1 2 8</p> <p><b>l)</b> 1 2 8</p> <p><b>m)</b> 1 2 8</p> <p><b>n)</b> 1 2 8</p> <p><b>o)</b> 1 2 8</p> <p><b>p)</b> 1 2 8</p> <p><b>q)</b> 1 2 8</p> <p><b>r)</b> 1 2 8</p> <p><b>s)</b> 1 2 8</p> <p><b>t)</b> 1 2 8</p> <p><b>u)</b> 1 2 8</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
559	VÉRIFIEZ 558 (CATÉGORIES "g" À "u") : PAS UN SEUL "OUI" <input type="checkbox"/> ↓ AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> →		561
560	Est-ce que hier durant le jour ou la nuit (NOM) a mangé des aliments solides, semi solides ou mous ?  SI 'OUI' INSISTEZ : Quel type d'aliments solide, semi solide ou mou (NOM DE 557 ) a-t-il/elle mangé hier durant le jour ou la nuit ?	OUI ..... 1 (RETOURNEZ À 558 POUR ENREGISTRER LES ALIMENTS CONSOMMÉS HIER.) ← NON ..... 2 →	601
561	Combien de fois (NOM DE 557) a-t-il mangé des aliments solides, semi solides ou mous hier durant le jour ou la nuit ?  SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS ..... 8	

## SECTION 6. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
601	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariés ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE ..... 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME ..... 2 NON, PAS EN UNION ..... 3	→ 604
602	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme comme si vous étiez mariés ?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE ..... 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME ... 2 NON ..... 3	→ 612
603	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ?	VEUVE ..... 1 DIVORCÉE ..... 2 SÉPARÉE ..... 3	→ 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 N° DE LIGNE DU MARI/PARTENAIRE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, ENREGISTREZ '00'.	NOM _____ N° LIGNE ..... <input type="text"/> <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	→ 609
607	En tout, y compris vous-même, combien a-t-il d'épouses ou de partenaires avec qui il vit comme s'il était marié ?	NOMBRE TOTAL D'ÉPOUSES ET DE FEMMES AVEC QUI IL VIT COMME MARIÉ <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	
608	Êtes-vous la première, deuxième,.....épouse ?	RANG ..... <input type="text"/> <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	
610	VÉRIFIEZ 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"/> ↓ Je voudrais maintenant vous parler de votre premier (mari/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98 ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE ..... 9998	→ 612
611	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui pour la première fois ?	ÂGE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
612	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
613	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains aspects 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"/> <input type="text"/> 1 <sup>ère</sup> FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIER) MARI/PARTENAIRE ..... 95	→ 628

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À								
614	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. 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 voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante.										
615	<p>Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la <u>dernière</u> fois ?</p> <p>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 ENREGISTRÉE EN ANNÉES.</p>	<p>IL Y A .... JOURS ..... 1</p> <p>IL Y A .... SEMAINES ... 2</p> <p>IL Y A .... MOIS ..... 3</p> <p>IL Y A .... ANNÉES ..... 4</p>	<table border="1" data-bbox="1226 254 1328 485"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table> <p>→ 627</p>								

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
616	Quand avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne pour la dernière fois ?		IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
617	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels (avec cette seconde/troisième personne), un condom a-t-il été utilisé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ A 619) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ A 619) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ A 619) ←
618	Un condom a-t-il été utilisé 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
619	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 mariés ?  SI OUI, ENCERCLER '2'. SI NON, ENCERCLER '3'	MARI ..... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUETEE .... 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUETEE .... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 CLIENT/PROSTITUÉE 5 AUTRE ..... 6 (PRECISEZ) (PASSEZ A 622) ←	MARI ..... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUETEE .... 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUETEE .... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 CLIENT/PROSTITUÉE 5 AUTRE ..... 6 (PRECISEZ) (PASSEZ A 622) ←	MARI ..... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUETEE .... 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUETEE .... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 CLIENT/PROSTITUÉE 5 AUTRE ..... 6 (PRECISEZ) (PASSEZ A 622) ←
620	VERIFIEZ 609 :	MARIEE UNE SEULE FOIS <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ) A 622)	MARIEE PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ) A 622)	MARIEE PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ) A 622)
621	VÉRIFIEZ 613 :	1 <sup>re</sup> FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>er</sup> MARI ↓                    AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSEZ A 623) ↓	1 <sup>re</sup> FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>er</sup> MARI ↓                    AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSEZ A 623) ↓	1 <sup>re</sup> FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>er</sup> MARI ↓                    AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSEZ A 623) ↓
622	Il y a combien de temps que vous avez eu vos premiers rapports sexuels avec cette (seconde/troisième) personne ?	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... ANNEES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... ANNEES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... ANNEES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>
623	Aucours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne ?  SI LA REPONSE N'EST PAS NUMERIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NBRE EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>
624	Quel âge a cette personne ?	AGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	AGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	AGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98
625	À part (cette personne/ces deux personnes), avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 (RETOURNEZ A 616 A COL.SUIVANTE) ← NON ..... 2 (PASSEZ À 627) ←	OUI ..... 1 (RETOURNEZ A 616 A COL.SUIVANTE) ← NON ..... 2 (PASSEZ À 627) ←	
626	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ?  SI LA REPONSE N'EST PAS NUMERIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NBRE DE PARTENAIRE EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.			NOMBRE DE PARTENAIRE AU COURS DES 12 DER- NIERS MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  NOMBRE NE SAIT PAS ..... 98

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
627	<p>En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ?</p> <p>SI LA RÉPONSE EST NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE PARTENAIRES EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</p>	<p>NOMBRE DE PARTENAIRES SUR LA DURÉE DE VIE .... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	
628	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES DANS CETTE SECTION	<p>OUI NON</p> <p>ENFANTS &lt;10 ..... 1 2</p> <p>HOMMES ADULTES ..... 1 2</p> <p>FEMMES ADULTES ..... 1 2</p>	
629	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des condoms ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 632
630	<p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT ... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT ... B</p> <p>CLINIQUE PF/AGBEF ... C</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... D</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ E</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... F</p> <p>PHARMACIE ..... G</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... H</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... I</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ J</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE ..... K</p> <p>BAR/BOITE DE NUIT/HOTEL ..... L</p> <p>AMI/PARENTS ..... M</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
631	Est-ce que vous pourriez vous procurer des condoms si vous le souhaitiez ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8</p>	
632	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des condoms féminins ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 701
633	<p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT ... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT ... B</p> <p>CLINIQUE PF/AGBEF ... C</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... D</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ E</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... F</p> <p>PHARMACIE ..... G</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... H</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... I</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ J</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE ..... K</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE ..... L</p> <p>AMI/PARENTS ..... M</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
634	Est-ce que vous pourriez vous procurer des condoms féminins si vous le souhaitiez ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8</p>	

SECTION 7. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
701	VÉRIFIEZ 304 :  NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> IL OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→ 712
702	VÉRIFIEZ 226 :  ENCEINTE <input type="checkbox"/> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/>		→ 704
703	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Après l'enfant que vous attendez maintenant, souhaiteriez-vous un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus avoir d'enfants ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT ..... 1 PAS D'AUTRE ..... 2 INDÉCISE/NE SAIT PAS ..... 8	→ 705 → 711
704	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/un autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas (plus) avoir d'enfant ?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ... 1 PAS D'AUTRE/AUCUN ..... 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ..... 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS ..... 8	→ 707 → 712 → 710
705	VÉRIFIEZ 226 :  PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance (d'un/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 ANNÉE ..... 2  BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ..... 994 APRÈS LE MARIAGE ..... 995  AUTRE ..... 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 998	→ 710 → 712 → 710
706	VÉRIFIEZ 226 :  PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→ 711
707	VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?  N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>		→ 712
708	VÉRIFIEZ 705 :  PAS POSÉE <input type="checkbox"/> 24 MOIS OU PLUS OU 02 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/> 00-23 MOIS OU 00-01 AN <input type="checkbox"/>		→ 711



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
709	<p>VÉRIFIEZ 704 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>VEUT UN/UN AUTRE ENFANT</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NE VEUT PLUS D'ENFANT/AUCUN</p> <input type="checkbox"/> </div> </div> <p>Vous avez dit que dans l'immédiat, vous ne souhaitiez pas (un/un autre) enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>Vous avez dit que vous ne vouliez pas (plus) d'enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>Y a-t-il une autre raison ?      Y a-t-il une autre raison ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p>	<p>PAS MARIÉE ..... A</p> <p>RAISONS RELATIVES À LA FÉCONDITÉ</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS ... B</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS C</p> <p>MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE D</p> <p>NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE E</p> <p>PAS DE RÉGLES DEPUIS DERNIÈRE NAISSANCE ..... F</p> <p>ALLAITE ..... 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 OPPOSÉS ..... K</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX ..... L</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>NE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE M</p> <p>NE CONNAÎT AUCUNE SOURCE N</p> <p>RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES</p> <p>EFFETS SECONDAIRES/PROBLÈMES DE SANTÉ ..... O</p> <p>PAS ACCESSIBLE /TROP LOIN ... P</p> <p>TROP CHÈRE ..... Q</p> <p>MÉTHODE PRÉFÉRÉE</p> <p>NON DISPONIBLE ..... R</p> <p>AUCUNE MÉTHODE DISPONIBLE S</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER ... T</p> <p>INTERFÈRE AVEC LES FONCTIONS NORMALES DU CORPS ..... U</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	
710	<p>VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>PAS POSÉE</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>OUI, UTILISE ACTUELLEMENT</p> <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 712
711	<p>Pensez-vous que vous utiliserez, à un certain moment dans le futur, une méthode contraceptive pour retarder ou éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
712	<p>VÉRIFIEZ 216 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>A DES ENFANTS VIVANTS</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>PAS D'ENFANTS VIVANTS</p> <input type="checkbox"/> </div> </div> <p>Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et que vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ?</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien en voudriez-vous ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.</p>	<p>AUCUN ..... 00 → 714</p> <p>NOMBRE ..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 → 714 (PRÉCISEZ)</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
713	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?	GARÇONS    FILLES    N'IMPORTE NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE    _____ 96 (PRÉCISEZ)	
714	Au cours des derniers mois, avez-vous : Entendu parler de la planification familiale à la radio ? Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ? Lu quelque chose sur la planification familiale dans les journaux ou magazines ?	OUI NON RADIO ..... 1 2 TÉLÉVISION ..... 1 2 JOURNAUX OU MAGAZINES ... 1 2	
716	VÉRIFIEZ 601 :  OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE <input type="checkbox"/> ↓ OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> ↓ NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 801
717	VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> ↓ N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT OU PAS POSÉE <input type="checkbox"/>		→ 720
718	Diriez-vous que l'utilisation de la contraception est principalement votre décision, principalement celle de votre (mari/partenaire) ou est-ce une décision commune que vous avez prise ensemble ?	DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE ..... 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE ... 2 DÉCISION COMMUNE ..... 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
719	VÉRIFIEZ 304 : NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> ↓ LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→ 801
720	Est-ce que votre (mari/partenaire) veut le même nombre d'enfants que vous ou en veut-il plus ou moins que vous ?	MÊME NOMBRE ..... 1 PLUS D'ENFANTS ..... 2 MOINS D'ENFANTS ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	

## SECTION 8. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
801	VÉRIFIEZ 601 ET 602 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIVANT 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 ?	<input type="text"/> <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'étude qu'il a atteint : primaire, secondaire, professionnel ou supérieur ?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE 1 ..... 2 SECONDAIRE 2 ..... 3 PROFESSIONNEL A ..... 4 PROFESSIONNEL B ..... 5 SUPÉRIEUR ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8	806
805	Quelle est la (classe/année) la plus élevée qu'il a achevée à ce niveau ? SI MOINS D'1 CLASSE/ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	CLASSE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	
806	VÉRIFIEZ 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"/> <input type="text"/> _____ _____ _____	
807	En dehors de votre travail domestique, avez-vous travaillé au cours des sept derniers jours ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	811
808	Comme vous le savez, certaines femmes font 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. Au cours des sept derniers jours, avez-vous fait quelque chose de ce genre ou un 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 vacances, maladie, 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	815
811	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?	<input type="text"/> <input type="text"/> _____ _____ _____	
812	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte ?	MEMBRE DE LA FAMILLE ..... 1 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 2 A SON COMPTE ..... 3	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
813	Travaillez-vous habituellement toute l'année, ou de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE ..... 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE .... 2 DE TEMPS EN TEMPS ..... 3	
814	Êtes-vous payée en argent ou en nature pour ce travail ou n'êtes-vous pas payée du tout ?	ARGENT SEULEMENT ..... 1 ARGENT ET NATURE ..... 2 NATURE SEULEMENT ..... 3 PAS PAYÉE ..... 4	
815	VÉRIFIEZ 601 : ACTUELLEMENT MARIÉE/VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> ↓ PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		823
816	VÉRIFIEZ 814 : CODE 1 OU 2 ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ AUTRE <input type="checkbox"/>		819
817	Habituellement, qui décide comment l'argent que vous gagnez va être utilisé : c'est vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	
818	Diriez-vous que vous gagnez plus 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 PAS DE REVENUS ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	820
819	Habituellement, qui décide comment l'argent que votre (mari/partenaire) gagne va être utilisé: vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 MARI/PARTENAIRE N'A PAS DE REVENUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	
820	Habituellement, qui prend les décisions en ce qui concerne vos propres soins de santé: vous, votre (mari/partenaire), conjointement vous et votre (mari/partenaire) ou quelqu'un d'autre ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	
821	Qui prend habituellement les décisions concernant les achats importants pour le ménage ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	
822	Qui prend habituellement les décisions concernant les visites à votre famille ou parents ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																								
823	Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE ..... 1 CONJOINTEMENT ..... 2 SEULE ET CONJOINTEMENT ..... 3 N'EN POSSÈDE PAS ..... 4																									
824	Est-ce que vous possédez de la terre, seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE ..... 1 CONJOINTEMENT ..... 2 SEULE ET CONJOINTEMENT ..... 3 N'EN POSSÈDE PAS ..... 4																									
825	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE POINT DE L'INTERVIEW (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PERSONNES PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS OU PAS PRÉSENTES).	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>PRES./ ÉCOUTE</th> <th>PRES./ ÉCOUTE PAS</th> <th>PAS PRES.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS &lt; 10 .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>MARI .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES ...</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES ...</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		PRES./ ÉCOUTE	PRES./ ÉCOUTE PAS	PAS PRES.	ENFANTS < 10 .....	1	2	3	MARI .....	1	2	3	AUTRES HOMMES ...	1	2	3	AUTRES FEMMES ...	1	2	3					
	PRES./ ÉCOUTE	PRES./ ÉCOUTE PAS	PAS PRES.																								
ENFANTS < 10 .....	1	2	3																								
MARI .....	1	2	3																								
AUTRES HOMMES ...	1	2	3																								
AUTRES FEMMES ...	1	2	3																								
826	<p>Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :</p> <p>Si elle sort sans le lui dire ?</p> <p>Si elle néglige les enfants ?</p> <p>Si elle argumente avec lui ?</p> <p>Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?</p> <p>Si elle brûle la nourriture ?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SORT SANS LUI DIRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>NÉGLIGE ENFANTS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ARGUMENTE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>REFUSES RAPP. SEX</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>BRÛLE NOURRITURE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	SORT SANS LUI DIRE	1	2	8	NÉGLIGE ENFANTS	1	2	8	ARGUMENTE .....	1	2	8	REFUSES RAPP. SEX	1	2	8	BRÛLE NOURRITURE	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																								
SORT SANS LUI DIRE	1	2	8																								
NÉGLIGE ENFANTS	1	2	8																								
ARGUMENTE .....	1	2	8																								
REFUSES RAPP. SEX	1	2	8																								
BRÛLE NOURRITURE	1	2	8																								

## SECTION 9. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
901	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 937
902	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
903	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par les piqûres de moustiques ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
904	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
905	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne qui a le sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
906	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	
907	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	
908	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son enfant :		
	Pendant la grossesse ?	GROSSESSE. .... 1 2 8	
	Au cours de l'accouchement ?	ACCOUCHEMENT ... 1 2 8	
	Pendant l'allaitement ?	ALLAITEMENT ..... 1 2 8	
909	VÉRIFIEZ 908 : AU MOINS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 911
910	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 enfant ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
911	VÉRIFIEZ 208 ET 215 : AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/>		→ 926
	DERNIÈRE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2010 <input type="checkbox"/>	DERNIÈRE NAISSANCE AVANT JANVIER 2010 <input type="checkbox"/>	→ 926
912	VÉRIFIEZ 408 POUR DERNIÈRE NAISSANCE : A EU DES SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/>	AUCUN SOIN PRÉNATAL <input type="checkbox"/>	→ 920
913	VÉRIFIER S'IL Y A D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ.		
914	Au cours de l'une de ces visites prénatales pour votre dernière naissance, est-ce que l'on a parlé des sujets suivants ?		
	Des bébés qui contractent le virus du sida de leur mère ?	SIDA DE LA MÈRE 1 2 8	
	Des choses qu'on peut faire pour ne pas contracter le sida ?	CHOSSES À FAIRE 1 2 8	
	Effectuer un test du virus du sida ?	TEST 1 2 8	
915	Dans le cadre des visites prénatales, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
916	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du virus du sida dans le cadre de vos soins prénatals ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 920
917	Où le test a-t-il été fait ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT ..... 11 CENTRE DE SANTÉ GOUV'T ..... 12 CENTRE CDV INDÉPENDANT ..... 13 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 14 AGENT DE SANTÉ ..... 15 DISPENSARE SCOLAIRE ..... 16 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 17 (PRÉCISEZ)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ MÉDECIN PRIVÉ ..... 21 CENTRE CDV INDÉPENDANT ..... 22 PHARMACIE ..... 23 AGENT DE SANTÉ ..... 24 DISPENSARE SCOLAIRE ..... 25 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 26 (PRÉCISEZ)  AUTRE SOURCE ..... 31 CENTRE DE DÉTENTION ..... 32  96 AUTRE (PRÉCISEZ)	
918	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 924
919	Toutes les femmes sont censées recevoir des conseils après avoir effectué le test. Après avoir effectué votre test, avez-vous reçu des conseils ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 924
920	VÉRIFIEZ 434 POUR DERNIÈRE NAISSANCE : N'IMPORTE QUEL CODE <input type="checkbox"/> 21-36 ENCERCLÉ AUTRE <input type="checkbox"/> _____		→ 926
921	Entre le moment où vous êtes arrivée pour accoucher et le moment où l'enfant est né, vous a-t-on proposé de faire un test du virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
922	Je ne veux pas connaître les résultats mais vous a-t-on fait un test du virus du sida à ce moment-là ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 926
923	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
924	Avez-vous effectué un test du virus du sida depuis le moment où vous avez fait un test durant votre grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 927
925	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A .....MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS ..... 95	→ 932
926	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous déjà fait un test pour savoir si vous avez le virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 930
927	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A .....MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS ..... 95	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
928	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
929	Où le test a-t-il été fait ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT ..... 11 CENTRE DE SANTÉ GOUVT ..... 12 CENTRE CDV INDÉPENDANT ..... 13 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 14 AGENT DE SANTÉ ..... 15 DISPENSARE SCOLAIRE ..... 16 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 17 _____ (PRÉCISEZ)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ MÉDECIN PRIVÉ ..... 21 CENTRE CDV INDÉPENDANT ..... 22 PHARMACIE ..... 23 AGENT DE SANTÉ ..... 24 DISPENSARE SCOLAIRE ..... 25 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 26 _____ (PRÉCISEZ)  AUTRE SOURCE MAISON ..... 31 CENTRE DE DÉTENTION ..... 32  AUTRE ..... 96 _____ (PRÉCISEZ)	→ 932
930	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour faire un test du virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 932
931	Où est-ce ?  Pas d'autre endroit ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT ..... A CENTRE DE SANTÉ GOUVT ..... B CENTRE DE DEPISTAGE PUBLIC C CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... D AGENT DE SANTÉ ..... E AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... F _____ (PRÉCISEZ)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ MÉDECIN PRIVÉ ..... G CENTRE DE DEPISTAGE PRIVE H PHARMACIE ..... I AGENT DE SANTÉ ..... J AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... K _____ (PRÉCISEZ)  AUTRE ..... X _____ (PRÉCISEZ)	
932	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
933	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non ?	OUI, RESTE SECRET ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ... 8	



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
934	Si un membre de votre famille tombait malade avec le sida, seriez-vous prête à prendre soin de lui/elle dans votre propre ménage ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ... 8	
935	Si une enseignante a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade, est-ce que, à votre avis, elle devrait être autorisée à continuer à enseigner à l'école ?	DEVRAIT ÊTRE AUTORISÉE ..... 1 NE DEVRAIT PAS ÊTRE AUTORISÉE ..... 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ... 8	
936	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation de condoms pour éviter de contracter le sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ... 8	
937	VÉRIFIEZ 901 :  A ENTENDU <input type="checkbox"/> PARLER DU SIDA ↓ Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?	N'A PAS ENTENDU <input type="checkbox"/> PARLER DU SIDA ↓ Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2
938	VÉRIFIEZ 613 : A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> ↓	N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> →	946
939	VÉRIFIEZ 937 : A ENTENDU PARLER D'AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ?  OUI <input type="checkbox"/> ↓	NON <input type="checkbox"/> →	941
940	J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois. Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
941	Il arrive parfois que les femmes aient des pertes vaginales, anormales et malodorantes. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales anormales et malodorantes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
942	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	
943	VÉRIFIEZ 940, 941, ET 942 : A EU UNE INFECTION (AU MOINS UN 'OUI') <input type="checkbox"/> ↓	N'A PAS EU D'INFECTION OU NE SAIT PAS <input type="checkbox"/> →	946
944	La dernière fois que vous avez eu (PROBLEME DÉCLARÉ À 940/941/942), avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	946

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
945	<p>Où êtes-vous allée ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT ..... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT ..... B</p> <p>CENTRE DE DEPISTAGE PUBLIC . C</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... D</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... G</p> <p>CENTRE DE DEPISTAGE PRIVE . H</p> <p>PHARMACIE ..... I</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... J</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ K</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE ..... L</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
946	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 qu'ils utilisent des condoms quand ils ont des rapports sexuels ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
947	Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a des relations sexuelles avec des femmes autres que ses épouses ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
948	<p>VÉRIFIEZ 601 :</p> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/></p> <p>VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>PAS EN UNION <input type="checkbox"/> → 1001A</p>		
949	Pouvez-vous refuser d'avoir des rapports sexuels avec votre mari/partenaire quand vous ne souhaitez pas en avoir ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>CELA DÉPEND/PAS SÛRE ..... 8</p>	
950	Pourriez-vous demander à votre mari/partenaire d'utiliser un condom si vous vouliez qu'il en utilise un ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>CELA DÉPEND/PAS SÛRE ..... 8</p>	

**SECTION 10. MORTALITÉ MATERNELLE**

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1001A	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	→ 1001H
1001B	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont encore en vie ?	GARÇONS VIVANTS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1001C	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"/>	
1001D	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont décédés ?	GARÇONS DÉCÉDÉS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1001E	Combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont décédées ?	FILLES DÉCÉDÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1001F	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	→ 1001H
1001G	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"/>	
1001H	ADDITIONNER LES REPONSES À 1001B, C, D, E, ET G, AJOUTER 1 (L'ENQUÊTÉE) ET NOTER LE TOTAL.	TOTAL ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1001I	VÉRIFIER 1001H:  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 1001A - 1001H COMME IL SE DOIT.		
1002	VÉRIFIER 1001H :  DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/> →  UNE NAISSANCE SEULEMENT (ENQUÊTÉE SEULE) <input type="checkbox"/> →		→ 1101
1003	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 SOEURS.

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

SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À SECTION 11 (EXCISION)

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

## SECTION 11. EXCISION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1101	Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1103
1102	Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1118
1103	Vous-même, avez-vous été excisée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1109
1104	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui vous a été fait à ce moment-là. Vous a-t-on retiré des chairs de la zone génitale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 1106
1105	Vous a-t-on seulement entaillé les parties génitales sans enlever de chairs ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1106	Vous a-t-on fermé la zone génitale par une couture ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1107	Quel âge aviez-vous quand on vous a excisée ?  SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE EXACT, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>  EN TANT QUE BÉBÉ/ PENDANT L'ENFANCE ..... 95 NE SAIT PAS ..... 98	
1108	Qui a procédé à votre excision ?	<b>TRADITIONNEL</b> EXCISEUSE TRADITIONNELLE ... 11 MATRONE/ACCOUCHEUSE TRAD. 12 AUTRE TRADITIONNEL ..... 16 (PRÉCISEZ)  <b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 21 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME ..... 22 AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTÉ ..... 26 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98	
1109	VÉRIFIEZ 213, 215 ET 216 :  A AU MOINS <input type="checkbox"/> UNE FILLE VIVANTE NÉE EN 1997 OU PLUS TARD ↓  N'A AUCUNE <input type="checkbox"/> FILLE VIVANTE NÉE EN 1997 OU PLUS TARD		→ 1116

1109A	<p>VÉRIFIEZ 213, 215 ET 216: INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET LE NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 1997 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS POUR TOUTES CES FILLES . COMMENCEZ PAR LA PLUS JEUNE. SI AUCUNE FILLE NEE EN 1997 OU PLUS TARD ALLEZ A 1116</p> <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur (votre/vos filles) .</p>			
1110	<p>NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 1997 OU PLUS TARD.</p>	<p>FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (1<sup>ère</sup> FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> NAISSANCES NOM _____</p>	<p>AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (2<sup>e</sup> FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> NAISSANCES NOM _____</p>	<p>AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (3<sup>e</sup> FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> NAISSANCES NOM _____</p>
1111	<p>Est-ce que (NOM DE LA FILLE) est excisée ?</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1111 ← À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1111 ← À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1111 ← À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)</p>
1112	<p>Quel âge avait (NOM DE LA FILLE) quand elle a été excisée ?</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98</p>
1113	<p>Lui a-t-on fermé la zone génitale par une couture ? INSISTEZ : la zone génitale a-t-été fermée ?</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8</p>
1114	<p>Qui a procédé à l'excision de votre fille ?</p>	<p><b>TRADITIONNEL</b> EXCISEUSE TRADITION... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION... 12 AUTRE TRAD. .... 16 _____ (PRÉCISEZ)</p> <p><b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 21 INFIRMIÈRE/ ..... SAGE-FEMME... 22 AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ ..... 26 _____ (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p><b>TRADITIONNEL</b> EXCISEUSE TRADITION... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION... 12 AUTRE TRAD. .... 16 _____ (PRÉCISEZ)</p> <p><b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 21 INFIRMIÈRE/ ..... SAGE-FEMME... 22 AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ ..... 26 _____ (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p><b>TRADITIONNEL</b> EXCISEUSE TRADITION... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION... 12 AUTRE TRAD. .... 16 _____ (PRÉCISEZ)</p> <p><b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 21 INFIRMIÈRE/ ..... SAGE-FEMME... 22 AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ ..... 26 _____ PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98</p>
1115		<p>RETOURNEZ À 1111 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.</p>	<p>RETOURNEZ À 1111 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.</p>	<p>RETOURNEZ À 1111 À LA COLONNE SUIVANTE DE LA PAGE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.</p>

1110	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 1997 OU PLUS TARD.	AVANT AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (4 <sup>e</sup> FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	AVANT AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (5 <sup>e</sup> FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	AVANT AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (6 <sup>e</sup> FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
1111	Est-ce que (NOM DE LA FILLE) est excisée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1111 ←) À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1111 ←) À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1111 ←) À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)
1112	Quel âge avait (NOM DE LA FILLE) quand elle a été excisée ?  SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98
1113	Lui a-t-on fermé la zone génitale par une couture ? INSISTEZ : la zone génitale a-t-été fermée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
1114	Qui a procédé à l'excision de votre fille ?	<b>TRADITIONNEL</b> EXCISEUSE TRADITION... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION..... 12 AUTRE TRAD. _____ 16 (PRÉCISEZ) <b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 21 INFIRMIÈRE/ ..... SAGE-FEMME... 22 AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ _____ 26 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98	<b>TRADITIONNEL</b> EXCISEUSE TRADITION.... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION..... 12 AUTRE TRAD. _____ 16 (PRÉCISEZ) <b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 21 INFIRMIÈRE/ ..... SAGE-FEMME... 22 AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ _____ 26 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98	<b>TRADITIONNEL</b> EXCISEUSE TRADITION..... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION..... 12 AUTRE TRAD. _____ 16 (PRÉCISEZ) <b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 21 INFIRMIÈRE/ ..... SAGE-FEMME... 22 AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ _____ 26 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98
1115		RETOURNEZ À 1111 À LA COLONNE SUIVANTE DE CETTE PAGE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.	RETOURNEZ À 1111 À LA COLONNE SUIVANTE DE CETTE PAGE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.	RETOURNEZ À 1111 À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.
1116	Pensez-vous que l'excision est exigée par votre religion ?		OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1117	Pensez-vous que l'excision est une pratique qui doit continuer ou qui doit être abandonnée ?		CONTINUER ..... 1 ABANDONNER ..... 2 CELA DÉPEND ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	
1117A	L'excision est-elle autorisée par la loi ?		OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1118	ENREGISTRER L'HEURE	HEURES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES ..... <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'ÉQUIPE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

OBSERVATION DE LA CONTRÔLEUSE

---

---

---

---

---

---

---

NOM DE LA CONTRÔLEUSE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_