

PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle _____ . Je travaille pour l'Institut National de la Statistique. Nous effectuons une enquête nationale sur la santé et sur d'autres sujets de la Guinée. Les informations que nous collectons aideront le gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Nous voudrions vous poser quelques questions sur votre ménage. Les questions prennent habituellement entre 15 et 20 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autres que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligé de participer à cette enquête, mais nous espérons que vous accepterez de répondre à nos questions 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. Si vous souhaitez plus d'informations sur l'enquête, vous pouvez contacter les personnes figurant sur cette carte.

DONNEZ LA CARTE AVEC LES INFORMATIONS POUR CONTACTER CES PERSONNES

Avez-vous des questions à me poser ?
 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

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
101	INSCRIVEZ L'HEURE.	HEURES <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	Depuis combien de temps vivez-vous de manière continue à (NOM DE LA VILLE, PETITE VILLE OU VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE) ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> DEPUIS TOUJOURS 95 VISITEUR 96	<input type="checkbox"/> → 105
103	Juste avant d'habiter ici, est-ce que vous viviez dans une ville, une petite ville ou en zone rurale ?	VILLE 1 PETITE VILLE 2 ZONE RURALE 3	
104	Juste avant d'habiter ici, dans quelle RÉGION est-ce que vous viviez ?	BOKE 01 CONAKRY 02 FARANAH 03 KANKAN 04 KINDIA 05 LABE 06 MAMOU 07 N'ZEREKORE 08 EN DEHORS DE LA GUINEE 96	
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAIT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAIT PAS L'ANNÉE 9998	
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 105 ET/OU106 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
107	Êtes-vous allée à l'école ?	OUI 1 NON 2	<input type="checkbox"/> → 111
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire 1, secondaire 2, professionnel A, supérieur ou professionnel B ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE1 (COLLEGE) 2 SECONDAIRE2 (LYCÉE) 3 SECONDAIRE SPÉCIAL (PROF. A) 4 SUPÉRIEUR 5 SUPÉRIEUR SPÉCIAL (PROF. B) 6	

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
109	Quelle est [L'ANNÉE/CLASSE] la plus élevée que vous avez achevée avec succès à ce niveau ? SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE AVEC SUCCÈS À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	[ANNÉE/CLASSE] <input type="text"/> <input type="text"/>	
110	VÉRIFIEZ 108: PRIMAIRE (CODE 1) OU <input type="checkbox"/> SECONDAIRE (CODE 2, 3 OU 4) ↓	SUPÉRIEUR (CODE 5 OU 6) <input type="checkbox"/>	→ 113
111	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 UNE PARTIE DE LA PHRASE 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DEMANDÉE 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE 5	
112	VÉRIFIEZ 111: CODE '2', '3' OU '4' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓	CODE '1' OU '5' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ	→ 114
113	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	
114	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	
115	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	
116	Est-ce que vous possédez un téléphone portable ?	OUI 1 NON 2	→ 118
117	Est-ce que vous utilisez votre téléphone portable pour faire des opérations financières ?	OUI 1 NON 2	
118	Avez-vous un compte dans une banque ou dans une autre institution financière que vous pouvez utiliser	OUI 1 NON 2	
119	Avez-vous déjà utilisé internet ?	OUI 1 NON 2	→ 122
120	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé internet ? SI NÉCESSAIRE, INSISTEZ POUR L'UTILISATION À PARTIR DE N'IMPORTE QUEL ENDROIT AVEC N'IMPORTE QUEL APPAREIL.	OUI 1 NON 2	→ 122
121	Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous utilisé internet: presque chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRESQUE CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4	

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
122	Quelle est votre religion ?	MUSULMAN 1 CHRETIEN 2 ANIMISTE 3 SANS RELIGION 4 AUTRE RELIGION _____ 6 (PRECISER)	
123	Quelle est votre ethnie ?	SOUSSOU 01 PEUL 02 MALINKE 03 KISSI 04 TOMA 05 GUERZE 06 AUTRE EHNIE _____ 96 (PRECISER) ETRANGER 97	
124	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de passer une nuit ou plus ailleurs que chez vous ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 201
125	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été absente de chez vous pendant plus d'un mois d'affilée ?	OUI 1 NON 2	

___ CODES POUR Qs. 108 ET 109 : NIVEAU D'INSTRUCTION ET NOMBRE D'ANNÉE ACHEVÉE

NIVEAU (Q.108)	PRIMAIRE=1	SECONDAIRE 1 (COLLEGE) =2	SECONDAIRE 2 (LYCÉE) =3	SECONDAIRE SPÉCIAL (PROF. A) =4	SUPERIEUR =5	SUPERIEUR SPÉCIAL (PROF. B) =6
CLASSE (Q.109)	1ère ANNÉE=01 2ème ANNÉE=02 3ème ANNÉE=03 4ème ANNÉE=04 5ème ANNÉE=05 6ème ANNÉE=06	7ème ANNÉE=01 8ème ANNÉE=02 9ème ANNÉE=03 10ème ANNÉE=04	11ème ANNÉE=01 12ème ANNÉE=02 13ème ANNÉE (TERMINALE)=03	PROFES. A1 (1ère ANNÉE)=01 PROFES. A2 (2ème ANNÉE)=02 PROFES. A3 (3ème ANNÉE)=03	1ère année=01 2ème année=02 3ème année=03 4ème année=04 5ème année=05 6ème année	PROFES. B1 (1ère ANNÉE)=01 PROFES. B2 (2ème ANNÉE)=02 PROFES. B3 (3ème ANNÉE)=03
MOINS D'UNE ANNEE ACHEVEE = 00						
NIVEAU OU CLASSE NE SAIT PAS (NSP)=98						

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ 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	a) Combien de fils vivent avec vous ? b) Et combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) 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> b) 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	OUI 1 NON 2	→ 206								
205	a) Combien de fils sont vivants mais qui ne vivent pas avec vous ? b) Et combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) 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> b) 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 fait un mouvement, qui a émis un son ou essayé de respirer ou qui a montré d'autres signes de vie pendant un très court moment ?	OUI 1 NON 2	→ 208								
207	a) Combien de garçons sont décédés ? b) Et combien de filles sont décédés ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) 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> b) 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 AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL 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 201-208 COMME IL SE										
210	VÉRIFIEZ 208: UNE NAISSANCE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> → 226										

SECTION 2. REPRODUCTION

211 Je voudrais maintenant faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la première. INSCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. INSCRIVEZ LES JUMEAUX/TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES. S'IL Y A PLUS DE 10 NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE, EN COMMENÇANT À LA SECONDE LIGNE .									
212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier enfant/ enfant suivant) ?	(NOM) est-il un garçon ou une fille ?	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?	Quel jour, quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	INSCRIVEZ LE No DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.	Quel âge avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ? SI '12 MOIS' OU '1 AN', DEMANDEZ: Est-ce que (NOM) avait eu son premier anniversaire ? PUIS DEMANDEZ: Exactement combien de mois avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ? INSCRIVEZ EN JOURS SI L'ENFANT A MOINS D'1 MOIS; EN MOIS, SI L'ENFANT A MOINS DE 2 ANS (24 MOIS); OU EN ANNÉES S'IL A 2 ANS OU PLUS.	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 ?
INSCRIVEZ LE NOM. NO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.					INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUE .				
01	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	
02	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT. NAIS.) NON 2 (NAIS. SUIV.)
03	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT. NAIS.) NON 2 (NAIS. SUIV.)
04	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	YES 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT. NAIS.) NON 2 (NAIS. SUIV.)
05	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT. NAIS.)

<p>212</p> <p>Quel nom a été donné à votre (premier enfant/ enfant suivant) ?</p> <p>INSCRIVEZ LE NOM.</p> <p>NO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.</p>	<p>213</p> <p>(NOM) est-il un garçon ou une fille ?</p>	<p>214</p> <p>Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?</p>	<p>215</p> <p>Quel jour, quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?</p>	<p>216</p> <p>(NOM) est-il/elle encore en vie ?</p>	<p>217</p> <p>SI EN VIE:</p> <p>Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?</p> <p>INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUE</p>	<p>218</p> <p>SI EN VIE:</p> <p>(NOM) vit-il/elle avec vous ?</p>	<p>219</p> <p>SI EN VIE:</p> <p>INSCRIVEZ LE No DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.</p>	<p>220</p> <p>SI DÉCÉDÉ:</p> <p>Quel âge avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ?</p> <p>SI '12 MOIS' OU '1 AN', DEMANDEZ: Est-ce que (NOM) avait eu son premier anniversaire ?</p> <p>PUIS DEMANDEZ: Exactement combien de mois avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ?</p> <p>INSCRIVEZ EN JOURS SI L'ENFANT A MOINS D'1 MOIS; EN MOIS, SI L'ENFANT A MOINS DE 2 ANS (24 MOIS); OU EN ANNÉES S'IL A 2 ANS OU PLUS.</p>	<p>221</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>								
			<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table> <p>ANNÉE</p>					(ALLEZ À 220)			<p style="text-align: center;">↓</p> <p>(ALLEZ À 221)</p>	<p>ANNÉES 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></p>			<p>NON (NAIS SUIV.) <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> ²</p>		

212	213	214	215	216	217 SI EN VIE:	218 SI EN VIE:	219 SI EN VIE:	220 SI DÉCÉDÉ:	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>Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?</p>	<p>Quel jour, quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?</p>	<p>(NOM) est-il/elle encore en vie ?</p> <p>INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUE.</p>	<p>Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?</p> <p>INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUE.</p>	<p>(NOM) vit-il/elle avec vous ?</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>Quel âge avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ?</p> <p>SI '12 MOIS' OU '1 AN', DEMANDEZ: Est-ce que (NOM) avait eu son premier anniversaire ?</p> <p>PUIS DEMANDEZ: Exactement combien de mois avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ? INSCRIVEZ EN JOURS SI L'ENFANT A MOINS D'1 MOIS; EN MOIS, SI L'ENFANT A MOINS DE 2 ANS (24 MOIS); OU EN ANNÉES S'IL A 2 ANS OU PLUS.</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>
06	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
07	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
08	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
09	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
10	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ?	OUI 1 (INSCRIVEZ LA/LES NAISS. DANS LE TABLEAU) NON 2	
223	COMPAREZ 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES DANS LE TABLEAU DES NAISSANCES NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTEZ ET CORRIGEZ)		
224	VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NOMBRE DE NAISSANCES DANS 2013-2018	NOMBRE DE NAISSANCE: <input type="text"/> AUCUNE 0	→ 226
225	C POUR CHAQUE NAISSANCE DANS 2013-2018, INSCRIVEZ 'N' AU MOIS DE NAISSANCE DANS LE CALENDRIER. INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT À GAUCHE DU CODE 'N'. POUR CHAQUE NAISSANCE, DEMANDEZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS QUE LA GROSSESSE A DURÉ ET INSCRIVEZ 'G' À CHACUN DES MOIS PRÉCÉDENTS SELON LA DURÉE DE LA GROSSESSE. (NOTE: LE NOMBRE DE 'G' DOIT ÊTRE INFÉRIEUR DE 1 AU NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ.)		
226	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	→ 230
227	Depuis combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. C INSCRIVEZ 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Quand vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI 1 NON 2	→ 230
229	VÉRIFIEZ 208: NOMBRE TOTAL DE NAISSANCES UNE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> a) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez plus d'enfant ? b) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas avoir d'enfant ?	PLUS TARD 1 PLUS/AUCUN 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	→ 239
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"/>	

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
232	VÉRIFIEZ 231: DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN 2013-2018 <input type="checkbox"/> DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN 2012 OU PLUS TÔT <input type="checkbox"/>		→ 234 → 239
LINE NO.	233 En quel mois et en quelle année la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ?	234 De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ?	235 Depuis janvier 2013, avez-vous eu d'autres grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante ?
01		<input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS	OUI 1 → LIG SUIV. NON 2 → 236
02	<input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	<input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS	OUI 1 → LIG SUIV. NON 2 → 236
03	<input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	<input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS	OUI 1 → LIG SUIV. NON 2 → 236
04	<input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	<input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS	OUI 1 NON 2 } → 236
236	<p>C POUR CHAQUE GROSSESSE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE EN 2013-2018 OU PLUS TARD, INSCRIVEZ 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.</p> <p>S'IL Y A PLUS DE QUATRE GROSSESSES QUI NE SE SONT PAS TERMINÉES PAR UNE NAISSANCE VIVANTE, UTILISEZ DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES EN COMMENÇANT À LA SECONDE LIGNE.</p>		
237	Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant 2013 et qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI 1 NON 2	→ 239
238	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2013 ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
239	Quand vos dernières règles ont-elles commencé ? _____ (DATE, SI DONNÉE)	IL Y A JOURS 1 IL Y A SEMAINES 2 IL Y A MOIS 3 IL Y A ANNÉES 4 EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE 994 AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995 JAMAIS EU DE RÈGLES 996	<table border="1" style="width: 40px; height: 40px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>								
240	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 PAS SÛRE 8	→ 242								
241	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 RÉGLES COMMENCENT 1 PENDANT LES RÉGLES 2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÉGLES 3 AU MILIEU, ENTRE DEUX PÉRIODES DE RÉGLES 4 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8									
242	Après la naissance d'un enfant, est-ce qu'une femme peut tomber enceinte avant que ses règles soient revenues ?	OUI 1 NON 2 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 déjà entendu parler d'une (MÉTHODE) ?	
01	Stérilisation féminine. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI 1 NON 2
02	Stérilisation masculine. INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI 1 NON 2
03	DIU/STERILET. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin ou une infirmière leur place dans l'utérus pour leur éviter une grossesse pendant un ou plusieurs mois.	OUI 1 NON 2
04	Injectables. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour leur éviter une grossesse pendant un mois ou plus.	OUI 1 NON 2
05	Implants. INSISTEZ : Les femmes peuvent se faire insérer par un médecin ou une infirmière un bâtonnet ou plus sous la peau du haut du bras pour leur éviter une grossesse, pendant une année ou plus.	OUI 1 NON 2
06	Pilule. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter une grossesse.	OUI 1 NON 2
07	Condom. INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2
08	Condom féminin. INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2
09	Pilule du lendemain. 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

SECTION 3. CONTRACEPTION

10	<p>Méthode des jours fixes. INSISTEZ : Les femmes utilisent un collier de perles de couleur différente pour connaître les jours où elles peuvent tomber enceintes. Durant ces jours où elles peuvent tomber enceintes, elles utilisent un condom ou elles s'abstiennent de rapports sexuels.</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
11	<p>Méthode de l'aménorrhée et de l'allaitement maternel (MAMA). INSISTEZ : Pendant six mois après la naissance d'un enfant, avant que les règles ne soient revenues, les femmes utilisent une méthode qui nécessite d'allaiter fréquemment le jour et la nuit.</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
12	<p>Méthode du rythme. INSISTEZ : Pour éviter une grossesse, les femmes n'ont pas de rapports sexuels les jours où elles pensent qu'elles peuvent tomber enceintes.</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
13	<p>Retrait. INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
14	<p>Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes qu'une femme ou un homme peut utiliser pour éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI, MÉTHODE MODERNE _____ A (PRÉCISEZ) OUI, MÉTHODE TRADITIONNELLE _____ B (PRÉCISEZ) NON Y</p>

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
302	VÉRIFIEZ 226: PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE ↓	ENCEINTE <input type="checkbox"/>	→ 312
303	Est-ce que vous, ou votre partenaire, faites actuellement quelque chose ou est-ce que vous utilisez actuellement une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 312
304	Quelle méthode utilisez-vous ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI PLUS D'UNE MÉTHODE EST MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE A STÉRILISATION MASCULINE B DIU/STERILET C INJECTABLES D IMPLANTS E PILULE F CONDOM G CONDOM FÉMININ H PILULE DIU LENDEMAIN I MÉTHODE DES JOURS FIXES J MAMA K MÉTHODE DU RYTHME L RETRAIT M AUTRE MÉTHODE MODERNE X AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE Y	→ 307 → 309 → 306 → 309
305	Quelle est la marque de pilule que vous utilisez actuellement ? SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.	PLANYL 01 MINIDRIL 02 ADEPAL 03 TRIELLA 04 STEDRIL 05 MICROVAL 06 OVRETTE 07 NORLEVO 08 MICROLUTTE 09 MICROGINON 10 LOFEMENAL 11 AUTRE 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	→ 309
306	Quelle est la marque de condom que vous utilisez actuellement ? SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.	PRUDENCE PLUS 01 CONDOM IPPF 02 DUREX 03 SULTAN 04 SUPERMANIX 05 INOTEX 06 FEMIDON 07 MANIX EXTRA 08 MANIX NOUVEAU 09 MANIX CONTACT 10 MANIX PLEASURE 11 KAMASUTURA 12 FAGARU 13 TTK 14 ANYTIME 15 CASANOVA 16 PROTECTOR 17 AUTRE 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	→ 309

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
307	<p>Dans quel établissement a été effectuée la stérilisation ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p align="center">(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL PUBLIC 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ 12</p> <p>CENTRE MÉDICAL COMMUNAL (CMC) .. 13</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC:</p> <p>_____ 16</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ/CABINET MÉDICAL PRIVÉ .. 22</p> <p>CABINET DE SOINS PRIVÉ 23</p> <p>CLINIQUE PF/AGBEF 24</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ:</p> <p>_____ 26</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
308	<p>En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?</p>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p align="right">→ 310</p>
309	<p>Depuis quel mois et quelle année utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?</p> <p>INSISTEZ : Depuis combien de temps utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?</p>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
310	<p>VÉRIFIEZ 308 ET 309, 215 ET 231: AUCUNE NAISSANCE OU GROSSESSE TERMINÉE APRÈS MOIS ET ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 308 OU 309</p> <p>NON <input type="checkbox"/> ↓</p> <p align="center">RETOURNEZ À 308 OU 309, INSISTEZ ET INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE (QUI DOIT SE SITUER APRÈS LA DERNIÈRE NAISSANCE OU LA FIN DE LA DERNIÈRE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> ←</p>		

SECTION 3. CONTRACEPTION (OPTION CAPI)

311	<p>VÉRIFIEZ 308 ET 309:</p> <p>ANNÉE EST 2013-2018 <input type="checkbox"/></p> <p>C INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE POUR LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION .</p> <p>ENSUITE CONTINUEZ</p>	<p>ANNÉE EST 2012 OU PLUS TÔT <input type="checkbox"/></p> <p>C INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE POUR LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À JANVIER 2013 .</p> <p>ENSUITE (ALLEZ À 324) ←</p>		
312	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les périodes où, durant ces dernières années, vous ou votre partenaire, avez utilisé une méthode pour éviter une grossesse.</p> <p>C UTILISEZ LE CALENDRIER POUR VÉRIFIER LES PÉRIODES ANTÉRIEURES D'UTILISATION ET DE NON UTILISATION, EN COMMENÇANT PAR L'UTILISATION LA PLUS RÉCENTE, EN PARTANT JUSQU'EN JANVIER 2013. UTILISEZ LES NOMS DES ENFANTS, DATES DE NAISSANCE ET PÉRIODES DE GROSSESSE COMME DES POINTS DE RÉFÉRENCE.</p>			
		COLONNE 1	COLONNE 2	COLONNE 3
312A	MOIS ET ANNÉE DU DÉBUT DE L'INTERVALLE D'UTILISATION OU DE NON UTILISATION.	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>
312B	Entre (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) et (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE), avez-vous ou votre partenaire utilisé une méthode de contraception ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2]</p> <p>(ALLEZ À 312I) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2]</p> <p>(ALLEZ À 312I) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2]</p> <p>(ALLEZ À 312I) ←</p>
312C	Quelle était cette méthode ?	CODE MÉTHODE .. <input type="text"/>	CODE MÉTHODE .. <input type="text"/>	CODE MÉTHODE .. <input type="text"/>
312D	Combien de mois après (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE) ? ENCERCLEZ '95' SI L'ENQUÊTÉE DONNE LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA	<p>IMMÉDIATEMENT 00</p> <p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 312F) ←</p> <p>DATE DONNÉE 95</p>	<p>IMMÉDIATEMENT 00</p> <p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 312F) ←</p> <p>DATE DONNÉE 95</p>	<p>IMMÉDIATEMENT 00</p> <p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 312F) ←</p> <p>DATE DONNÉE 95</p>

		COLONNE 1	COLONNE 2	COLONNE 3
312E	INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE OÙ L'ENQUÊTÉE A COMMENCÉ À UTILISER LA MÉTHODE.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE
312F	Pendant combien de mois avez-vous utilisé (MÉTHODE) ? ENCERCLEZ '95' SI L'ENQUÊTÉE DONNE LA DATE DE FIN	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 312H) ← DATE DONNÉE 95	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 312H) ← DATE DONNÉE 95	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 312H) ← DATE DONNÉE 95
312G	INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE OÙ L'ENQUÊTÉE A ARRÊTÉ D'UTILISER LA MÉTHODE.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE
312H	Pourquoi avez-vous arrêté d'utiliser (MÉTHODE) ?	RAISON POUR AVOIR ARRÊTÉ <input type="text"/>	RAISON POUR AVOIR ARRÊTÉ <input type="text"/>	RAISON POUR AVOIR ARRÊTÉ <input type="text"/>
312I		RETOURNEZ À 312A À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS D'INTERRUPTIONS, ALLEZ À 313.	RETOURNEZ À 312A À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS D'INTERRUPTIONS, ALLEZ À 313.	RETOURNEZ À 312A DANS LE NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU, SI PLUS D'INTERRUPTIONS, ALLEZ À 313.

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
313	VÉRIFIEZ LE CALENDRIER POUR L'UTILISATION D'UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE À N'IMPORTE QUEL AUCUNE MÉTHODE UTILISÉE <input type="checkbox"/> UNE MÉTHODE UTILISÉE <input type="checkbox"/>		→ 315
314	Avez-vous déjà utilisé quelque chose ou essayé par divers moyens de retarder ou d'éviter une grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 326
315	VÉRIFIEZ 304: ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	PAS DE CODE ENCERCLÉ 00 STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 DIU/STERILET 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 PILULE DU LENDEMAIN 09 MÉTHODE DES JOURS FIXES 10 MAMA 11 MÉTHODE DU RYTHME 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE MODERNE 95 AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE 96	→ 326 → 319 → 327 → 323
316	Vous avez commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) en (DATE À 309). Où l'avez-vous obtenue à ce moment-là ? INSISTEZ POUR IDENTIFIER 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)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL NATIONAL 11 HÔPITAL REGIONAL 12 HÔPITAL PREF./ CENTRE MÉDICAL COMMUNAL (CMC) 13 CENTRE DE SANTÉ 14 POSTE DE SANTÉ 15 AUTRE SECTEUR PUBLIC: _____ 16 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 PHARMACIE 22 MÉDECIN PRIVÉ/CABINET MÉDICAL PRIVÉ 23 CABINET DE SOINS PRIVÉ 24 CLINIQUE PF/AGBEF 25 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ: _____ 26 (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE BOUTIQUE 31 INSTITUTION RELIGIEUSE 32 AMIS/PARENTS 33 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE 34 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
317	VÉRIFIEZ 304: ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	DIU/STERILET 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 PILULE DU LENDEMAIN 09 MÉTHODE DES JOURS FIXES 10 AUTRE MÉTHODE MODERNE 95 AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE 96	→ 323 → 322 → 323

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
325	<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 DÉTERMINER SI L'ENDROIT</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL 11</p> <p>HÔPITAL REGIONAL 12</p> <p>HÔPITAL PREF./ CENTRE MÉDICAL COMMUNAL (CMC) 13</p> <p>CENTRE DE SANTÉ 14</p> <p>POSTE DE SANTÉ 15</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC:</p> <p>_____ 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>PHARMACIE 22</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ/CABINET MÉDICAL PRIVÉ .. 23</p> <p>CABINET DE SOINS PRIVÉ 24</p> <p>CLINIQUE PF/AGBEF 25</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ:</p> <p>_____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE 31</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE 32</p> <p>AMIS/PARENTS 33</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE 34</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 327</p>
326	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
327	<p>Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez reçu la visite d'un agent de santé ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>→ 329</p>
328	<p>Est-ce que l'agent de santé vous a parlé de planification familiale ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
329	<p>VÉRIFIEZ 202: ENFANT VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>a) 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>b) Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>→ 401</p>
330	<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 2013-2018 <input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE EN 2013-2018 <input type="checkbox"/> → 648
402	VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES À 403 ET LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE À 404 POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2013-2018. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISEZ LA DERNIÈRE COLONNE D'UN/DES QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE. 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 L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCE <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCE <input type="text"/> <input type="text"/>
404	À PARTIR DES QUESTIONS 212 ET 216:	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>
405	Quand vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI 1 (ALLEZ À 408) ← NON 2	OUI 1 (ALLEZ À 426) ← NON 2
406	VÉRIFIEZ 208: SEULEMENT UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> a) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard, ou est-ce que vous ne vouliez pas d'enfant ?	PLUS D'UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> b) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard, ou est-ce que vous ne vouliez plus d'enfant ? PLUS TARD 1 PLUS/AUCUN 2 (ALLEZ À TO 408) ←	PLUS TARD 1 PLUS/AUCUN 2 (ALLEZ À 426) ←
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
408	Avez-vous vu quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 414) ←	
409	Qui avez-vous vu ? Quelqu'un d'autre ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME B AGENT TECHNIQUE DE SANTÉ (ATS) C AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE D AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/VILLAGE E AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE												
		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 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>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON A</p> <p>AUTRE MAISON B</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL C</p> <p>HÔPITAL REGIONAL D</p> <p>HÔPITAL PREFECTURE/ CENTRE MÉDICAL COMMUNAL (CMC) ... E</p> <p>CENTRE DE SANTÉ F</p> <p>POSTE DE SANTÉ G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ H (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ I</p> <p>CLINIQUE PF/AGBEF J</p> <p>CABINET PRIVÉ DE SAGE-FEMME K</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ L (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>													
411	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez reçu vos premiers soins prénatals pour cette grossesse ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98													
412	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous reçu des soins prénatals ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98													
413	Est-ce qu'au cours des visites prénatales durant cette grossesse, les examens suivants ont été effectués au moins une fois :	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td>a) Vous a-t-on pris la tension ?</td> <td>a) TENSION 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) Vous a-t-on prélevé de l'urine ?</td> <td>b) URINE 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) Vous a-t-on prélevé du sang ?</td> <td>c) SANG 1</td> <td>2</td> </tr> </table>		OUI	NON	a) Vous a-t-on pris la tension ?	a) TENSION 1	2	b) Vous a-t-on prélevé de l'urine ?	b) URINE 1	2	c) Vous a-t-on prélevé du sang ?	c) SANG 1	2	
	OUI	NON													
a) Vous a-t-on pris la tension ?	a) TENSION 1	2													
b) Vous a-t-on prélevé de l'urine ?	b) URINE 1	2													
c) Vous a-t-on prélevé du sang ?	c) SANG 1	2													
414	Durant cette grossesse, vous a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 417) ← NE SAIT PAS 8													
415	Durant cette grossesse, combien de fois vous a-t-on fait une injection contre le tétanos ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8													
416	VÉRIFIEZ 415: INJECTIONS ANTITÉTANIQUES	UNE FOIS <input type="checkbox"/> OU NSP <input type="checkbox"/> 2 FOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 420) ←													

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
417	À n'importe quel moment avant cette grossesse, vous a-t-on fait des injections contre le tétanos ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 420) ← NE SAIT PAS 8	
418	Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu des injections contre le tétanos ? SI 7 FOIS OU PLUS INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	
419	VÉRIFIEZ 418: SEULEMENT <input type="checkbox"/> PLUS <input type="checkbox"/> T UNE FOIS ↓ D'UNE FOIS ↓ a) Il y a combien d'années que vous avez reçu cette injection contre le tétanos ? b) Il y a combien d'années que vous avez reçu la dernière injection contre le tétanos avant	IL Y A ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	
420	Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ? MONTREZ LES COMPRIMÉS/SIROP.	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 422) ← NE SAIT PAS 8	
421	Durant 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	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	
422	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
423	Durant cette grossesse, avez-vous pris de la SP/Fansidar pour éviter le paludisme ?	OUI 1 (ALLEZ À 423C) ← NON 2 NE SAIT PAS 8	
423A	Je voudrais vous demander si vous avez pris n'importe quels médicaments au cours de cette grossesse pour prévenir le paludisme. Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour prévenir le paludisme ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 425A1) ← NE SAIT PAS 8	
423B	Quels médicaments avez-vous pris pour prévenir le paludisme ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI NOMS MÉDICAMENTS PAS CONNUS, MONTRER LES BOÎTES ÉCHANTILLONS OU PHOTOS DES MÉDICAMENTS.	SP/FANSIDAR A CHLOROQUINE B AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) MÉDICAMENTS TRADITIONNELS Y NE SAIT PAS Z	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
423C	<p>VÉRIFIEZ 423 ET 423B:</p> <p>CODES '1' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ À Q.423 ↓ (424a)</p> <p>CODE '2' OU '8' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ À Q.423 ET CODE 'A' ENCERCLÉ À Q.423B ↓ (424b)</p>	<p>CODE '2' OU '8' ENCERCLÉ À Q.423 ET CODE 'A' N'EST PAS ENCERCLÉ À Q.423B</p> <p>(ALLEZ À 425A1) ← <input type="checkbox"/></p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
			NOM _____	NOM _____
424	a) Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la SP/Fansidar ?	b) Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris ce médicament SP/Fansidar que vous avez montré ? INSISTER EN MONTRANT LES BOÎTES ÉCHANTILLONS DE LA SP/FANSIDAR OU PHOTOS.	NOMBRE DE FOIS ... <input type="text"/>	
425	a) 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 ailleurs ?	b) Vous a-t-on donné ce médicament SP/Fansidar que vous avez montré, durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé ou l'avez-vous obtenue ailleurs ? INSISTER EN MONTRANT LES BOÎTES ÉCHANTILLONS DE LA SP/FANSIDAR OU PHOTOS.	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE ÉTABLIS. DE SANTÉ .. 2 AILLEURS 6	
	SI PLUS D'UNE SOURCE, INSCRIVEZ LA PREMIÈRE SOURCE DE LA LISTE.			
425A1	VÉRIFIEZ 408:		A REÇU DES SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> N'A PAS REÇU DE SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 425B) ←	
425A2	Avez-vous une carte ou un carnet de santé/ou de visites prénatales au moment où vous étiez enceinte de (NOM POUR LA GROSSESSE À 408) ? DEMANDER À VOIR LA CARTE OU LE CARNET		OUI, VU 1 OUI, PAS VU 2 PAS DE CARTE OU CARNET .. 3 (ALLEZ À 425B) ←	
425A3	VÉRIFIEZ SUR LA CARTE OU LE CARNET ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE DOSES DE SP/FANSIDAR:		NOMBRE DE DOSES ... <input type="text"/> AUCUNE DOSE 0	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
425B	VÉRIFIEZ 424:	NOMBRE DE DOSES ÉGALE À 1 OU PLUS <input type="checkbox"/> Q.424 PAS POSÉE OU NOMBRE DE DOSES ÉGALE À 0 (ALLEZ À 426) <input type="checkbox"/> ↓	
425B1	La première fois que vous avez reçue de la SP/Fansidar , combien de comprimés vous-a-t'on donné ?	NOMBRE DE COMPRI-... MÉS DE LA DOSE <input type="checkbox"/>	
425B2	Vous a-t-on donné ces comprimés de SP/Fansidar durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé ou l'avez-vous obtenue ailleurs ? SI PLUS D'UNE SOURCE, INSCRIVEZ LA PREMIÈRE SOURCE DE LA LISTE.	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE VISITE DANS UN ÉTABLIS. DE SANTÉ 2 (ALLEZ À 425B5) ← AILLEURS 6	
425B3	Avez-vous pris ces comprimés de SP/Fansidar devant l'agent de santé au cours de la visite prénatale ?	OUI 1 (ALLEZ À 425B5) ← NON 2	
425B4	Où les avez-vous pris, à la maison, ailleurs ou pas pris du tout ?	À LA MAISON 1 AILLEURS 2 PAS PRIS DU TOUT 3	
425B5	À la première fois de SP/Fansidar que vous avez reçue, étiez-vous enceinte de combien de mois ?	NOMBRE DE MOIS DE ... GROSSESSE À LA 1ÈRE DOSE <input type="checkbox"/>	
425C	VÉRIFIEZ 424:	NOMBRE DE DOSES ÉGALE À 2 OU PLUS <input type="checkbox"/> NOMBRE DE DOSES ÉGALE À 1 (ALLEZ À 426) <input type="checkbox"/> ↓	
425C1	La deuxième fois que vous avez reçue de la SP/Fansidar , combien de comprimés vous-a-t'on donné ?	NOMBRE DE COMPRI-... MÉS DE LA DOSE <input type="checkbox"/>	
425C2	Vous a-t-on donné ces comprimés de SP/Fansidar durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé ou l'avez-vous obtenue ailleurs ? SI PLUS D'UNE SOURCE, INSCRIVEZ LA PREMIÈRE SOURCE DE LA LISTE.	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE VISITE DANS UN ÉTABLIS. DE SANTÉ 2 (ALLEZ À 425C5) ← AILLEURS 6	
425C3	Avez-vous pris ces comprimés de SP/Fansidar devant l'agent de santé au cours de la visite prénatale ?	OUI 1 (ALLEZ À 425C5) ← NON 2	
425C4	Où les avez-vous pris, à la maison, ailleurs ou pas pris du tout ?	À LA MAISON 1 AILLEURS 2 PAS PRIS DU TOUT 3	
425C5	À la deuxième fois de SP/Fansidar que vous avez reçue, étiez-vous enceinte de combien de mois ?	NOMBRE DE MOIS DE ... GROSSESSE À LA 2 ÈME DOSE <input type="checkbox"/>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
425D	VÉRIFIEZ 424:	NOMBRE DE DOSES ÉGALE À 3 OU PLUS <input type="checkbox"/> NOMBRE DE DOSES ÉGALE À 2 <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 426) ←	
425D1	La troisième fois que vous avez reçue de la SP/Fansidar, combien de comprimés vous-a-t-on donné ?	NOMBRE DE COMPRIMÉS DE LA DOSE <input type="checkbox"/>	
425D2	Vous a-t-on donné ces comprimés de SP/Fansidar durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé ou l'avez-vous obtenue ailleurs ? SI PLUS D'UNE SOURCE, INSCRIVEZ LA PREMIÈRE SOURCE DE LA LISTE.	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE VISITE DANS UN ÉTABLIS. DE SANTÉ 2 (ALLEZ À 425D5) ← AILLEURS 6	
425D3	Avez-vous pris ces comprimés de SP/Fansidar devant l'agent de santé au cours de la visite prénatale ?	OUI 1 (ALLEZ À 425D5) ← NON 2	
425D4	Où les avez-vous pris, à la maison, ailleurs ou pas pris du tout ?	À LA MAISON 1 AILLEURS 2 PAS PRIS DU TOUT 3	
425D5	À la troisième fois de SP/Fansidar que vous avez reçue, étiez-vous enceinte de combien de mois ?	NOMBRE DE MOIS DE GROSSESSE À LA 3 ÈME DOSE <input type="checkbox"/>	
425E	VÉRIFIEZ 424:	NOMBRE DE DOSES ÉGALE À 4 OU PLUS <input type="checkbox"/> NOMBRE DE DOSES ÉGALE À 3 <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 426) ←	
425E1	La quatrième fois que vous avez reçue de la SP/Fansidar, combien de comprimés vous-a-t-on donné ?	NOMBRE DE COMPRIMÉS DE LA DOSE <input type="checkbox"/>	
425E2	Vous a-t-on donné ces comprimés de SP/Fansidar durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé ou l'avez-vous obtenue ailleurs ? SI PLUS D'UNE SOURCE, INSCRIVEZ LA PREMIÈRE SOURCE DE LA LISTE.	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE VISITE DANS UN ÉTABLIS. DE SANTÉ 2 (ALLEZ À 425E5) ← AILLEURS 6	
425E3	Avez-vous pris ces comprimés de SP/Fansidar devant l'agent de santé au cours de la visite prénatale ?	OUI 1 (ALLEZ À 425E5) ← NON 2	
425E4	Où les avez-vous pris, à la maison, ailleurs ou pas pris du tout ?	À LA MAISON 1 AILLEURS 2 PAS PRIS DU TOUT 3	
425E5	À la quatrième fois de SP/Fansidar que vous avez reçue, étiez-vous enceinte de combien de mois ?	NOMBRE DE MOIS DE GROSSESSE À LA 4 ÈME DOSE <input type="checkbox"/>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
425F	VÉRIFIEZ 424:	NOMBRE DE DOSES ÉGALE À 5 OU PLUS <input type="checkbox"/> NOMBRE DE DOSES ÉGALE À 4 <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 426) ←	
425F1	La cinquième fois que vous avez reçue de la SP/Fansidar, combien de comprimés vous-a-t-on donné ?	NOMBRE DE COMPRI-... <input type="checkbox"/> MÉS DE LA DOSE	
425F2	Vous a-t-on donné ces comprimés de SP/Fansidar durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé ou l'avez-vous obtenue ailleurs ? SI PLUS D'UNE SOURCE, INSCRIVEZ LA PREMIÈRE SOURCE DE LA LISTE.	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE VISITE DANS UN ÉTABLIS. DE SANTÉ 2 (ALLEZ À 425F5) ← AILLEURS 6	
425F3	Avez-vous pris ces comprimés de SP/Fansidar devant l'agent de santé au cours de la visite prénatale ?	OUI 1 (ALLEZ À 425F5) ← NON 2	
425F4	Où les avez-vous pris, à la maison, ailleurs ou pas pris du tout ?	À LA MAISON 1 AILLEURS 2 PAS PRIS DU TOUT 3	
425F5	À la cinquième fois de SP/Fansidar que vous avez reçue, étiez-vous enceinte de combien de mois ?	NOMBRE DE MOIS DE ... <input type="checkbox"/> GROSSESSE À LA 5 ÈME DOSE	
425G	VÉRIFIEZ 424:	NOMBRE DE DOSES ÉGALE À 6 OU PLUS <input type="checkbox"/> NOMBRE DE DOSES ÉGALE À 5 <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 426) ←	
425G1	La sixième fois que vous avez reçue de la SP/Fansidar, combien de comprimés vous-a-t-on donné ?	NOMBRE DE COMPRI-... <input type="checkbox"/> MÉS DE LA DOSE	
425G2	Vous a-t-on donné ces comprimés de SP/Fansidar durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé ou l'avez-vous obtenue ailleurs ? SI PLUS D'UNE SOURCE, INSCRIVEZ LA PREMIÈRE SOURCE DE LA LISTE.	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE VISITE DANS UN ÉTABLIS. DE SANTÉ 2 (ALLEZ À 425G5) ← AILLEURS 6	
425G3	Avez-vous pris ces comprimés de SP/Fansidar devant l'agent de santé au cours de la visite prénatale ?	OUI 1 (ALLEZ À 425G5) ← NON 2	
425G4	Où les avez-vous pris, à la maison, ailleurs ou pas pris du tout ?	À LA MAISON 1 AILLEURS 2 PAS PRIS DU TOUT 3	
425G5	À la sixième fois de SP/Fansidar que vous avez reçue, étiez-vous enceinte de combien de mois ?	NOMBRE DE MOIS DE ... <input type="checkbox"/> GROSSESSE À LA 6 ÈME DOSE	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
426	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
427	(NOM) a t-il /elle été pesé à la naissance ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 429) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 429) ← NE SAIT PAS 8
428	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"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <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"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998
429	Qui vous a assisté durant l'accouchement de (NOM) ? Quelqu'un d'autre ? INSISTEZ POUR LE/LES TYPES DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI L'ENQUÊTÉE DÉCLARE QUE PERSONNE N'A ASSISTÉ L'ACCOUCHEMENT, INSISTEZ POUR DÉTERMINER SI DES ADULTES	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME .. B AGENT TECHNIQUE DE SANTE (ATS) C AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE D AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGE E AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME .. B AGENT TECHNIQUE DE SANTE (ATS) C AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE D AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGE E AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____												
430	<p>Où avez-vous accouché de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ 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 align="center">(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11</p> <p align="center">(PASSEZ À 434) ←</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL 21</p> <p>HÔPITAL REGIONAL 22</p> <p>HÔPITAL PREFECTURE/ CENTRE MÉDICAL COMMUNAL (CMC) .. 23</p> <p>CENTRE DE SANTÉ 24</p> <p>POSTE DE SANTÉ 25</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31</p> <p>CLINIQUE PF/AGBE 32</p> <p>CABINET PRIVÉ DE SAGE-FEMME 33</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 36</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p align="center">(PASSEZ À 434) ←</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11</p> <p align="center">(PASSEZ À 434) ←</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL 21</p> <p>HÔPITAL REGIONAL 22</p> <p>HÔPITAL PREFECTURE/ CENTRE MÉDICAL COMMUNAL (CMC) .. 23</p> <p>CENTRE DE SANTÉ 24</p> <p>POSTE DE SANTÉ 25</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31</p> <p>CLINIQUE PF/AGBE 32</p> <p>CABINET PRIVÉ DE SAGE-FEMME 33</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 36</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p align="center">(PASSEZ À 434) ←</p>												
431	<p>Combien de temps après l'accouchement de (NOM) êtes-vous restée là ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>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></p> <p>NE SAIT PAS 998</p>													
432	<p>Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne, c'est-à-dire que l'on vous a ouvert le ventre pour faire sortir le bébé ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p align="center">(ALLEZ À 434) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p align="center">(ALLEZ À 434) ←</p>												
433	<p>Quand la décision de pratiquer une césarienne a-t-elle été prise ? Était-ce avant ou après le début des douleurs ?</p>	<p>AVANT 1</p> <p>APRÈS 2</p>	<p>AVANT 1</p> <p>APRÈS 2</p>												
434	<p>Est-ce que (NOM) a été posé sur votre poitrine, immédiatement après sa naissance ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p align="center">(ALLEZ À 434B) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p align="center">(ALLEZ À 459) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>												
434A	<p>Est-ce que la peau de (NOM) était en contact avec votre peau ?</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>												
434B	<p>VÉRIFIEZ 430: LIEU D'ACCOUCHEMENT</p>	<p align="center">CODE 11, 12, OU 96 ENCERCLÉ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table> AUTRE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table></p> <p align="center">(ALLEZ À 449) ←</p>													

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE												
		NOM _____	NOM _____												
435	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 vérifié votre état de santé pendant que vous étiez dans l'établissement ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 438) ←													
436	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ? SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.	HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> SEMAINES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NE SAIT PAS 998													
437	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 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME .. 12 AGENT TECHNIQUE DE SANTE (ATS) 13 AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGE 22 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)													
438	Je voudrais maintenant vous parler d'examens de la santé de (NOM) après la naissance – par exemple, quelqu'un qui a examiné (NOM), qui a vérifié le cordon ombilical ou qui s'est assuré que (NOM) allait bien. Est-ce que quelqu'un a vérifié l'état de santé de (NOM) pendant que vous étiez encore dans l'établissement ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 441) ← NE SAIT PAS 8													
439	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen de (NOM) ? SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.	HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> SEMAINES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NE SAIT PAS 998													

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
440 (2)	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME .. 12 AGENT TECHNIQUE DE SANTE (ATS) 13</p> <p>AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGE 22</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>	
441	<p>Je voudrais maintenant parler de ce qui s'est passé après que vous ayez quitté l'établissement. Est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé après que vous ayez quitté l'établissement ?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p> <p>(ALLEZ À 445) ←</p>	
442	<p>Combien de temps après l'accouchement a eu lieu cet examen ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1</p> <p>JOURS 2</p> <p>SEMAINES 3</p> <p>NE SAIT PAS 998</p>	
443	<p>Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME .. 12 AGENT TECHNIQUE DE SANTE (ATS) 13</p> <p>AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGE 22</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____						
444	<p>Où a eu lieu l'examen ?</p> <p>INSISTEZ 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 ICI CI-DESSOUS.</p> <p>_____</p> <p align="center">(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL ... 21</p> <p>HÔPITAL REGIONAL ... 22</p> <p>HÔPITAL PREFECTURE/ CENTRE MÉDICAL COMMUNAL (CMC) .. 23</p> <p>CENTRE DE SANTÉ 24</p> <p>POSTE DE SANTÉ ... 25</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31</p> <p>CLINIQUE PF/AGBEF ... 32</p> <p>CABINET PRIVÉ DE SAGE-FEMME ... 33</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 36</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>							
445	<p>Je voudrais parler des examens de l'état de santé de (NOM) après votre départ de (ÉTABLISSEMENT À 430). Est-ce-qu'un prestataire de santé ou une accoucheuse traditionnelle a vérifié l'état de santé de (NOM) dans les deux mois après votre départ de (ÉTABLISSEMENT À 430) ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p align="center">(ALLEZ À 457) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>							
446	<p>Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), cet examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1</p> <p>JOURS 2</p> <p>SEMAINES 3</p> <p>NE SAIT PAS 998</p>	<table border="1" style="width: 100px; height: 100px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 30px;"></td> <td style="width: 50px; height: 30px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 30px;"></td> <td style="width: 50px; height: 30px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 30px;"></td> <td style="width: 50px; height: 30px;"></td> </tr> </table>						
447	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN 11</p> <p>INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME .. 12</p> <p>AGENT TECHNIQUE DE SANTE (ATS) 13</p> <p>AUTRE PERSONNEL</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGE 22</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>							

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
448	<p>Où a eu lieu l'examen de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ 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>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL ... 21</p> <p>HÔPITAL REGIONAL ... 22</p> <p>HÔPITAL PREFECTURE/ CENTRE MÉDICAL COMMUNAL (CMC) .. 23</p> <p>CENTRE DE SANTÉ 24</p> <p>POSTE DE SANTÉ ... 25</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31</p> <p>CLINIQUE PF/AGBE ... 32</p> <p>CABINET PRIVÉ DE SAGE-FEMME ... 33</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p> <p>(ALLEZ À 457) ←</p>	
449	<p>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 vérifié votre état de santé après la naissance de (NOM) ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 453) ←</p>	
450	<p>Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1</p> <p>JOURS 2</p> <p>SEMAINES 3</p> <p>NE SAIT PAS 998</p>	
451	<p>Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN 11</p> <p>INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME .. 12</p> <p>AGENT TECHNIQUE DE SANTE (ATS) 13</p> <p>AUTRE PERSONNEL</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGE 22</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE												
		NOM _____	NOM _____												
452	<p>Où a eu lieu ce premier examen ?</p> <p>INSISTEZ 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>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL ... 21</p> <p>HÔPITAL REGIONAL ... 22</p> <p>HÔPITAL PREFECTURE/ CENTRE MÉDICAL COMMUNAL (CMC) .. 23</p> <p>CENTRE DE SANTÉ 24</p> <p>POSTE DE SANTÉ ... 25</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31</p> <p>CLINIQUE PF/AGBE ... 32</p> <p>CABINET PRIVÉ DE SAGE-FEMME ... 33</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>													
453	<p>Je voudrais vous parler des examens qui ont été faits pour vérifier l'état de santé de (NOM) après l'accouchement – par exemple, est-ce que quelqu'un a examiné (NOM), vérifié le cordon ou s'est assuré que (NOM) allait bien. Dans les deux mois après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de santé ou une accoucheuse traditionnelle a vérifié l'état de santé de (NOM) ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 457) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>													
454	<p>Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), ce premier examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES APRÈS NAISSANCE .. 1</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> <p>JOURS APRÈS NAISSANCE .. 2</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> <p>SEMAINES APRÈS NAISSANCE .. 3</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> <p>NE SAIT PAS 998</p>													
455	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN 11</p> <p>INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME .. 12</p> <p>AGENT TECHNIQUE DE SANTE (ATS) 13</p> <p>AUTRE PERSONNEL</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGE 22</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>													

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
456	<p>Où a eu lieu le premier examen de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ 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>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL ... 21</p> <p>HÔPITAL REGIONAL ... 22</p> <p>HÔPITAL PREFECTURE/ CENTRE MÉDICAL COMMUNAL (CMC) .. 23</p> <p>CENTRE DE SANTÉ 24</p> <p>POSTE DE SANTÉ 25</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31</p> <p>CLINIQUE PF/AGBE ... 32</p> <p>CABINET PRIVÉ DE SAGE-FEMME ... 33</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>	
457	<p>Au cours des deux jours suivant la naissance de (NOM), est-ce qu'un prestataire de santé a fait l'une des choses suivantes ?</p> <p>a) Examiné le cordon ?</p> <p>b) Vérifié la température de (NOM) ?</p> <p>c) Vous a conseillé sur les signes de danger chez les nouveau-nés ?</p> <p>d) Vous a conseillé sur l'allaitement ?</p> <p>e) Observé (NOM) en train d'être allaité ?</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>a) CORDON 1 2 8</p> <p>b) TEMP 1 2 8</p> <p>c) SIGNES 1 2 8</p> <p>d) CONSEIL ALLAI- TEMENT .. 1 2 8</p> <p>e) OBSERVÉ ALLAI- TEMENT .. 1 2 8</p>	
458	<p>Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ?</p>	<p>OUI 1 <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 460) ←</p> <p>NON 2 <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 461) ←</p>	
459	<p>Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ?</p>		<p>OUI 1</p> <p>NON 2 <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 463) ←</p>
460	<p>Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ?</p>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>
461	<p>VÉRIFIEZ 226: L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ENCEINTE ?</p>	<p>PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 463) ←</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
462	Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 464) ←			
463	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	
464	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 466) ←		OUI 1 NON 2	
465	VÉRIFIEZ 404: L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 470) ← (ALLEZ À 471) ←			
466	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ? SI MOINS D'1 HEURE, INSCRIVEZ '00' HEURE; SI MOINS DE 24 HEURES, INSCRIVEZ EN HEURES; SINON, EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>			
467	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			
468	VÉRIFIEZ 404: L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 471) ←	DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 471) ←	VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 471) ←	DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 471) ←
469	Allaitez-vous encore (NOM) ?	OUI 1 NON 2			
470	(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	
471		RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 501A.		RETOURNEZ À 405 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 501A.	

SECTION 5A. VACCINATION ET NUTRITION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
501A	VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES : UNE NAISSANCE EN 2015-2018? UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2015-2018 <input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE EN 2015-2018 <input type="checkbox"/>	→ 601
502A	INSCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DU DERNIER ENFANT NÉ EN 2015-2018. NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE: _____	NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/>	
503A	VÉRIFIEZ 216 POUR ENFANT: VIVANT <input type="checkbox"/>	DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	→ 501B
504A	Avez-vous un carnet ou un autre document où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, A SEULEMENT UN CARNET 1 OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT ... 2 OUI, A UN CARNET ET UN AUTRE DOCUMENT .. 3 NON, PAS DE CARNET ET PAS D'AUTRE DOCUMENT 4	→ 507A → 507A
505A	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ?	OUI 1 NON 2	
506A	VÉRIFIEZ 504A: CODE '2' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE '4' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	→ 511A
507A	Puis-je voir le carnet ou un autre document sur lequel les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, SEULEMENT CARNET VU 1 OUI, SEULEMENT AUTRE DOCUMENT VU 2 OUI, CARNET ET AUTRE DOCUMENT VUS 3 NI CARNET NI AUTRE DOCUMENT VUS 4	→ 511A

SECTION 5A. VACCINATION ET NUTRITION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE: _____	NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
511A	(NOM) a-t-il/elle reçu des vaccins pour éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus au cours de campagnes ou de journées de vaccination ou de journées de la santé de l'enfant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 525A
512A	Est-ce que (NOM) a reçu 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	
514A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin oral contre la polio, c'est-à-dire deux gouttes dans la bouche pour éviter la polio ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 517A
515A	Est-ce que (NOM) a reçu le premier vaccin oral contre la polio dans les deux premières semaines après sa naissance ou plus tard ?	DEUX PREMIÈRES SEMAINE: 1 PLUS TARD 2	
516A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin oral contre la polio ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
517A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin Pentavalent c'est-à-dire une injection dans la cuisse, donné parfois en même temps que les gouttes du vaccin contre la polio	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 519AA
518A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin Pentavalent ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	

SECTION 5A. VACCINATION ET NUTRITION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE: _____	NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
519AA	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la polio, c'est-à-dire une injection à la cuisse pour éviter la poliomyélite ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 519AC
519AB	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre la polio ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
519AC	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la fièvre jaune c'est-à-dire une injection dans le bras pour lui éviter la fièvre jaune ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 523A
519AD	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre la fièvre jaune ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
523A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la rougeole, c'est-à-dire une injection dans le bras pour lui éviter la rougeole ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 525A
524A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre la rougeole ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
525A	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) :	OUI NON NSP	
	a) Un mélange en poudre de micronutriments ?	a) [POUDRE] 1 2 8	
	b) Des compléments thérapeutiques prêts à l'emploi comme PLUMPY'NUTS® ?	b) [PLUMPY NUTS] 1 2 8	
	c) Des compléments alimentaires prêts à l'emploi comme PLUMPY'DOZ® ?	c) [PLUMPY DOZ] 1 2 8	
526A	CONTINUEZ AVEC 501B.		

SECTION 5B. VACCINATION ET NUTRITION DES ENFANTS (AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
501B	VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES: D'AUTRES NAISSANCES EN 2015-2018? D'AUTRES NAISSANCES EN <input type="checkbox"/> 2015-2018 ↓	PLUS DE NAISSANCE <input type="checkbox"/> EN 2015-2018	→ 601
502B	INSCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DE L'AVANT-DERNIER ENFANT NÉ EN 2015-2018. NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____ NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>		
503B	VÉRIFIEZ 216 POUR ENFANT ENFANT: VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>		→ 526B
504B	Avez-vous un carnet ou un autre document où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, A SEULEMENT UN CARNET 1 OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT ... 2 OUI, A UN CARNET ET UN AUTRE DOCUMENT' .. 3 NON, PAS DE CARNET ET PAS D'AUTRE DOCUMENT 4	→ 507B → 507B
505B	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ?	OUI 1 NON 2	
506B	VÉRIFIEZ 504B: CODE '2' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE '4' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>		→ 511B
507B	Puis-je voir le carnet ou un autre document sur lequel les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, SEULEMENT CARNET VU 1 OUI, SEULEMENT AUTRE DOCUMENT VU 2 OUI, CARNET ET AUTRE DOCUMENT VUS 3 NI CARNET NI AUTRE DOCUMENT VUS 4	→ 511B

SECTION 5B. VACCINATION ET NUTRITION DES ENFANTS (AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
511B	(NOM) a-t-il/elle reçu des vaccins pour éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus au cours de campagnes ou de journées de vaccination ou de journées de la santé de l'enfant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 525B
512B	Est-ce que (NOM) a reçu 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	
514B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin oral contre la polio, c'est-à-dire deux gouttes dans la bouche pour éviter la polio ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 517B
515B	Est-ce que (NOM) a reçu le premier vaccin oral contre la polio dans les deux premières semaines après sa naissance ou plus tard ?	DEUX PREMIÈRES SEMAINE! 1 PLUS TARD 2	
516B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin oral contre la polio ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
517B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin Pentavalent c'est-à-dire une injection dans la cuisse, donné parfois en même temps que les gouttes du vaccin contre la polio	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 519BA
518B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin Pentavalent ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	

SECTION 5B. VACCINATION ET NUTRITION DES ENFANTS (AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
519BA	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la polio, c'est-à-dire une injection à la cuisse pour éviter la poliomyélite ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 519BC
519BB	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre la polio ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
519BC	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la fièvre jaune c'est-à-dire une injection dans le bras pour lui éviter la fièvre jaune ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 523B
519BD	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre la fièvre jaune ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
523B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la rougeole, c'est-à-dire une injection dans le bras pour lui éviter la rougeole ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 525B
524B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre la rougeole ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
525B	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM)	OUI NON NSP	
	a) Un mélange en poudre de micronutriments ?	a) [POUDRE] 1 2 8	
	b) Des compléments thérapeutiques prêts à l'emploi comme PLUMPY'NUTS® ?	b) [PLUMPY NUTS] 1 2 8	
	c) Des compléments alimentaires prêts à l'emploi comme PLUMPY'DOZ® ?	c) [PLUMPY DOZ] 1 2 8	
526B	VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES: D'AUTRES NAISSANCES EN 2015-2018? AUTRES NAISSANCES EN 2015-2018 <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 502B DANS UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE) ←	PAS D'AUTRES NAISSANCES EN 2015-2018 <input type="checkbox"/>	→ 601

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

601	<p>VÉRIFIEZ 224:</p> <p align="center">UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2013-2018 <input type="checkbox"/></p> <p align="center">AUCUNE NAISSANCE EN 2013-2018 <input type="checkbox"/> → 648</p>		
602	<p>VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES À 603 ET LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE À 604 POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2013-2018. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. S'IL Y A PLUS DE NAISSANCES, UTILISEZ LA DERNIÈRE COLONNE D'UN/DES QUESTIONNAIRES ADDITIONNEL(S).</p> <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).</p>		
603	<p>NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES</p>	<p>DERNIÈRES NAISSANCE NUMÉRO L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/></p>	<p>AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/></p>
604	<p>DE 212 ET 216:</p>	<p>NOM _____</p> <p>VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 646) ←</p>	<p>NOM _____</p> <p>VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 646) ←</p>
605	<p>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 AMPOULES/GÉLULES/SIROP.</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>
606	<p>Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) des comprimés de fer, des granules ou du sirop contenant du fer comme [celui-ci/l'un de ceux-ci] ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS DE COMPRIMÉS, GRANULES OU</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>
607	<p>Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) des médicaments contre les vers intestinaux ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>
608	<p>(NOM) a-t-il eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p> <p>(ALLEZ À 618) ←</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p> <p>(ALLEZ À 618) ←</p>

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
609	<p>VÉRIFIEZ 469: ALLAITÉ ACTUELLEMENT</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON/ PAS POSÉ <input type="checkbox"/></p> <p>a) 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 ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?</p> <p>b) Je voudrais maintenant savoir quelle quantité de liquides a été donnée à (NOM) pendant la diarrhée. Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?</p>	<p>BEAUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTIT .. 3</p> <p>PLUS 4</p> <p>RIEN À BOIRE 5</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>BEAUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTIT .. 3</p> <p>PLUS 4</p> <p>RIEN À BOIRE 5</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
610	<p>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 ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?</p>	<p>BEAUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTIT .. 3</p> <p>PLUS 4</p> <p>A STOPPÉ LA NOURRITURE .. 5</p> <p>N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>BEAUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTIT .. 3</p> <p>PLUS 4</p> <p>A STOPPÉ LA NOURRITURE .. 5</p> <p>N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
611	<p>Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 615) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 615) ←</p>

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
612 (4)	<p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ 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 ICI CI-DESSOUS.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL A</p> <p>HÔPITAL REGIONAL B</p> <p>HÔPITAL PREFECTURE/ CENTRE MÉDICAL COMMUNAL (CMC) .. C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ D</p> <p>POSTE DE SANTÉ E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G</p> <p>CLINIQUE PF/AGBEF H</p> <p>CABINET PRIVÉ DE SAGE-FEMME I</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ J</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE K</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL L</p> <p>MARCHÉ M</p> <p>VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS N</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMU- NAUTAIRE/VILLAGE .. O</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL A</p> <p>HÔPITAL REGIONAL B</p> <p>HÔPITAL PREFECTURE/ CENTRE MÉDICAL COMMUNAL (CMC) .. C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ D</p> <p>POSTE DE SANTÉ E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G</p> <p>CLINIQUE PF/AGBEF H</p> <p>CABINET PRIVÉ DE SAGE-FEMME I</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ J</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE K</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL L</p> <p>MARCHÉ M</p> <p>VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS N</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMU- NAUTAIRE/VILLAGE .. O</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>
613	VÉRIFIEZ 612:	<p>DEUX CODES SEULEMENT OU UN <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS CODE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCERCLÉ EN CERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> (ALLEZ À 615) ←</p>	<p>DEUX CODES SEULEMENT OU UN <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS CODE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCERCLÉS EN CERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> (ALLEZ À 615) ←</p>
614	<p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES LETTRES DE</p>	PREMIER ENDROIT <input type="checkbox"/>	PREMIER ENDROIT <input type="checkbox"/>

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
622	Est-ce que ce souffle rapide ou ces difficultés pour respirer étaient dus à un problème de bronche ou à un nez bouché ou qui coulait ?	BRANCHE SEULEMEN 1 NEZ SEULEMEN 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 624) ←	BRANCHE SEULEMEN 1 NEZ SEULEMEN 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 624) ←
623	VÉRIFIEZ 618: A EU DE LA FIÈVRE ?	OUI NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ←	OUI NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ←
624	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 629) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À TO 629) ←
625	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 DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL NATIONAL A HÔPITAL REGIONAL B HÔPITAL PREFECTURE/ CENTRE MÉDICAL COMMUNAL (CMC) .. C CENTRE DE SANTÉ D POSTE DE SANTÉ E AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G CLINIQUE PF/AGBEF H CABINET PRIVÉ DE SAGE-FEMME I AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ J (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE BOUTIQUE K PRATICIEN TRADITIONNEL L MARCHÉ M VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS N AGENT DE SANTÉ COMMU- NAUTAIRE/VILLAGE .. O AUTRE X (PRÉCISEZ)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL NATIONAL A HÔPITAL REGIONAL B HÔPITAL PREFECTURE/ CENTRE MÉDICAL COMMUNAL (CMC) .. C CENTRE DE SANTÉ D POSTE DE SANTÉ E AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G CLINIQUE PF/AGBEF H CABINET PRIVÉ DE SAGE-FEMME I AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ J (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE BOUTIQUE K PRATICIEN TRADITIONNEL L MARCHÉ M VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS N AGENT DE SANTÉ COMMU- NAUTAIRE/VILLAGE .. O AUTRE X (PRÉCISEZ)
626	VÉRIFIEZ 625:	DEUX SEULEMENT CODES UN OU PLUS UN ENCERCLÉS CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 628) ←	DEUX SEULEMENT CODES UN OU PLUS UN ENCERCLÉS CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 628) ←

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
627	Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ? UTILISEZ LES CODES LETTRES DE	PREMIER ENDROIT..... <input type="checkbox"/>	PREMIER ENDROIT..... <input type="checkbox"/>
628	Combien de jours après le début de la maladie, avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour (NOM) ? SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/>
629	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 (ALLEZ À 646) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 646) ← NE SAIT PAS 8
630	Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ? Aucun autre médicament ? INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ANTIPALUDIQUES COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (CTA) .. A SP/FANSIDAR B CHLOROQUINE C AMODIAQUINE D QUININE COMPRIMÉS E INJECTION / I.V F ARTESUNATE VOIE RECTALE G INJECTION/IV H AUTRE ANTIPALUDIQUE _____ I (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROF J INJECTION/IV K AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE/PARACETAMOL .. L ACETAMINOPHEN M IBUPROFEN N AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDIQUES COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (CTA) .. A SP/FANSIDAR B CHLOROQUINE C AMODIAQUINE D QUININE COMPRIMÉS E INJECTION / I.V F ARTESUNATE VOIE RECTALE G INJECTION/IV H AUTRE ANTIPALUDIQUE _____ I (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROF J INJECTION/IV K AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE/PARACETAMOL .. L ACETAMINOPHEN M IBUPROFEN N AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z
631	VÉRIFIEZ 630: Y A-T-IL UN CODE A-I ENCERCLÉ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 646) ←	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 646) ←

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____	NOM _____	NOM _____	NOM _____
632	VÉRIFIEZ 630: COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE ('A') DONNÉE	CODE 'A' ENCERCLÉ ↓	CODE 'A' NON ENCERCLÉ ↓ (ALLEZ À 634) ←	CODE 'A' ENCERCLÉ ↓	CODE 'A' NON ENCERCLÉ ↓ (ALLEZ À 634) ←
633	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre une combinaison à base d'artémisinine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
634	VÉRIFIEZ 630: SP/FANSIDAR ('B') DONNÉE	CODE 'B' ENCERCLÉ ↓	CODE 'B' NON ENCERCLÉ ↓ (ALLEZ À 636) ←	CODE 'B' ENCERCLÉ ↓	CODE 'B' NON ENCERCLÉ ↓ (ALLEZ À 636) ←
635	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la SP/Fansidar ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
636	VÉRIFIEZ 630: CHLOROQUINE ('C') DONNÉE	CODE 'C' ENCERCLÉ ↓	CODE 'C' NON ENCERCLÉ ↓ (ALLEZ À 638) ←	CODE 'C' ENCERCLÉ ↓	CODE 'C' NON ENCERCLÉ ↓ (ALLEZ À 638) ←
637	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la Chloroquine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
638	VÉRIFIEZ 630: AMODIAQUINE ('D') DONNÉE	CODE 'D' ENCERCLÉ ↓	CODE 'D' NON ENCERCLÉ ↓ (ALLEZ À 640) ←	CODE 'D' ENCERCLÉ ↓	CODE 'D' NON ENCERCLÉ ↓ (ALLEZ À 640) ←
639	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'amodiaquine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
640	VÉRIFIEZ 630: QUININE ('E' OU 'F') DONNÉE	CODE 'E' OU 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'E' ET 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 642) ←	CODE 'E' OU 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'E' ET 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 642) ←
641	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la quinine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
642	VÉRIFIEZ 630: ARTESUNATE ('G' OU 'H') DONNÉ	CODE 'G' OU 'H' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'G' ET 'H' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 644) ←	CODE 'G' OU 'H' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'G' ET 'H' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 644) ←
643	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'artésunate ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
644	VÉRIFIEZ 630: AUTRE ANTIPALUDIQUE ('I') DONNÉ	CODE 'I' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'I' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ←	CODE 'I' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'I' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ←
645	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre un (AUTRE ANTIPALUDIQUE) ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
646		RETOURNEZ À 604 À LA COLONNE SUIVANTE; OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 647.	RETOURNEZ À 604 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 647.

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
647	<p>VÉRIFIEZ 615(a) ET 615(b), TOUTES LES</p> <p>AUCUN ENFANT N'A REÇU DE LIQUIDE DE SACHET SRO OU DE LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ <input type="checkbox"/></p>	<p>UN ENFANT A REÇU DU LIQUIDE D'UN SACHET SRO OU DU LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ <input type="checkbox"/></p>	<p>→ 649</p>
648	<p>Avez-vous entendu parler d'un produit spécial [NOM LOCAL POUR LES SACHETS SRO OU LES LIQUIDES SRO PRÉCONDITIONNÉS] que vous pouvez obtenir pour le traitement de la diarrhée ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
649	<p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES: NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2016-2018 VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/></p> <p>(NOM DU PLUS JEUNE ENFANT VIVANT AVEC ELLE)</p>	<p>AUCUN <input type="checkbox"/></p>	<p>→ 701</p>

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLEZ À
650	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les liquides et aliments que (NOM DE 649) 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.				
		OUI	NON	NSP	
	a) De l'eau ?	a) 1	2	8	
	b) Des jus ou des boissons à base de jus ?	b) 1	2	8	
	c) Du bouillon ?	c) 1	2	8	
	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 SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	d) 1	2	8	
		NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT <input type="text"/>			
	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'.	e) 1	2	8	
		NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BUT DU LAIT EN POUVRE <input type="text"/>			
	f) D'autres liquides ?	f) 1	2	8	
	g) Du yaourt ? SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle mangé du yaourt ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	g) 1	2	8	
		NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A MANGÉ DU YAOURT <input type="text"/>			
	h) Une préparation [NOM D'UNE MARQUE COMMERCIALE D'ALIMENTS ENRICHIS POUR BÉBÉS COMME Cerelac] ?	h) 1	2	8	
	i) Du pain, du riz, des pâtes, bouillie d'avoine, mil, petit-mil, sorgho, maïs ou autres préparations à	i) 1	2	8	
	j) Des citrouilles, carottes, courges, pommes de terre douces ou patates douces qui sont jaunes ou orange à l'intérieur ?	j) 1	2	8	
	k) Des pommes de terre blanches, ignames blanches, manioc, cassava, ou préparations à base de tubercules ?	k) 1	2	8	
	l) Des légumes à feuilles vert foncé ?	l) 1	2	8	

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
701	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariée ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉ 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME 2 NON, PAS EN UNION 3	→ 704
702	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme comme si vous étiez mariée ?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME 2 NON 3	→ 712
703	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ?	VEUVE 1 DIVORCÉE 2 SÉPARÉE 3	→ 709
704	Est-ce que votre (mari/partenaire) vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs ?	VIT AVEC ELLE 1 VIT AILLEURS 2	
705	ENREGISTREZ LE NOM ET No DE LIGNE DU MARI/PARTENAIRE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, INSCRIVEZ '00'.	NOM _____ No LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	
706	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	→ 709
707	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	
708	Êtes-vous la première, deuxième, ... épouse ?	RANG <input type="text"/> <input type="text"/>	
709	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	
710	VÉRIFIEZ 709: MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/> ↓ a) 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"/> ↓ b) 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	→ 712
711	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui pour la première fois ?	ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
712	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
713	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains aspects importants de la vie. Je voudrais vous assurer de nouveau que 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. 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"/>	→ 731
714	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la dernière fois ? SI MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS. SI 12 MOIS (UNE ANNÉE) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	IL Y A DES JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A DES SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A DES MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A DES ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 716 → 727

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
715	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"/>
716	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne, un condom a-t-il été utilisé ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 718) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 718) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 718) ←
717	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
718	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, ENCERCLEZ '2' SI NON, ENCERCLEZ '3'	MARI 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE .. 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE .. 4 CLIENT/PROSTITUÉE .. 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	MARI 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE .. 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE .. 4 CLIENT/PROSTITUÉE .. 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	MARI 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE .. 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE .. 4 CLIENT/PROSTITUÉE .. 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)
719	Il y a combien de temps que vous avez eu vos premiers rapports sexuels avec cette personne ?	IL Y A JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
720	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne ? DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE FOIS 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"/>
721	Quel âge a cette personne ?	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
722	À part cette personne, avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1] (RETOURNEZ À 715 À COL. SUIVANTE) NON 2] (ALLEZ À 724) ←	OUI 1] (RETOURNEZ À 715 À COL. SUIVANTE) NON 2] (ALLEZ À 724) ←	
723	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ? DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE FOIS EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.			NOMBRE DE PARTENAIRE DANS LES 12 DERNIERS MOIS .. <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
724	VÉRIFIEZ 106: ÂGE 15-24 <input type="checkbox"/>	ÂGE 25-49 <input type="checkbox"/>	→ 727
725	VÉRIFIEZ 701: PAS EN UNION <input type="checkbox"/>	ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	→ 727
726	Au cours des 12 derniers mois avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un ou une relation sexuelle suivie avec quelqu'un parce qu'il vous a donné ou vous a dit qu'il vous donnerait des cadeaux, de l'argent, ou autre chose ?	OUI 1 NON 2	
727	En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ? DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE PARTENAIRE EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	NOMBRE DE PARTENAIRE DANS LA VIE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
728	VÉRIFIEZ 716, PARTENAIRE LE PLUS RÉCENT (PREMIÈRE COLONNE): OUI, CONDOM A ÉTÉ UTILISÉ <input type="checkbox"/>	NON, CONDOM N'A PAS ÉTÉ UTILISÉ <input type="checkbox"/> QUESTION NON POSÉE <input type="checkbox"/>	→ 731 → 731
729	Vous avez dit que la dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, un condom avait été utilisé. Quelle était la marque du condom utilisée cette fois là ? SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR L'EMBALLAGE.	PRUDENCE PLUS 01 CONDOM IPPF 02 DUREX 03 SULTAN 04 SUPERMANIX 05 INOTEX 06 FEMIDON 07 MANIX EXTRA 08 MANIX NOUVEAU 09 MANIX CONTACT 10 MANIX PLEASURE 11 KAMASUTURA 12 FAGARU 13 TTK 14 ANYTIME 15 PROTECTOR 16 AUTRE 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
730	<p>Où vous étiez-vous procuré le condom la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ 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 NATIONAL 11</p> <p>HÔPITAL REGIONAL 12</p> <p>HÔPITAL PREFECTURE/ CENTRE MÉDICAL COMMUNAL (CMC) 13</p> <p>CENTRE DE SANTÉ 14</p> <p>POSTE DE SANTÉ 15</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC: _____ 16 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>PHARMACIE 22</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ 23</p> <p>CABINET DE SOINS PRIVÉ 24</p> <p>CLINIQUE PF/AGBEF 25</p> <p>CABINET PRIVÉ DE SAGE-FEMME 26</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ: _____ 27 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE 31</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE 32</p> <p>AMIS/PARENTS 33</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGE 34</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
731	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES DANS CETTE SECTION	<p>OUI NON</p> <p>ENFANTS <10 1 2</p> <p>HOMMES ADULTES 1 2</p> <p>FEMMES ADULTES 1 2</p>	

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
801	VÉRIFIEZ 304: NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>	IL OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>	→ 813
802	VÉRIFIEZ 226: ENCEINTE <input type="checkbox"/>	PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/>	→ 804
803	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 en avoir ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT' 1 N'EN VEUT PAS D'AUTRE 2 INDÉCISE/NE SAIT PAS 8	→ 805 → 812
804	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 ENCEIN1.. 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS 8	→ 807 → 813 → 811
805	VÉRIFIEZ 226: PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> a) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance (d'un/un autre) enfant ? b) Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS 1 ANNÉES 2 BIEN TÔT/MAINTENANT 993 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEIN1.. 994 APRÈS LE MARIAG 995 AUTRE 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 998	→ 811 → 813 → 811
806	VÉRIFIEZ 226: PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/>	ENCEINTE <input type="checkbox"/>	→ 812
807	VÉRIFIEZ 303: UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE? N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>	UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>	→ 813
808	VÉRIFIEZ 805: '24' MOIS OU PLUS OU '02' ANNÉES OU PLUS <input type="checkbox"/> PAS POSÉE <input type="checkbox"/> '00-23' MOIS OU '00-01' ANNÉE <input type="checkbox"/>		→ 812
809	VÉRIFIEZ 714: IL Y A DES JOURS, SEMAINES OU MOIS <input type="checkbox"/>	IL Y A DES ANNÉES <input type="checkbox"/> PAS POSÉE <input type="checkbox"/>	→ 811 → 811

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
810	<p>VÉRIFIEZ 804:</p> <p>VEUT AVOIR UN/ <input type="checkbox"/> UN AUTRE ENFANT ↓</p> <p>PAS D'AUTRE/ <input type="checkbox"/> AUCUN ↓</p> <p>a) Vous avez dit que dans l'immédiat, vous ne souhaitez pas (un/un autre) enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>b) Vous avez dit que vous ne souhaitez pas (plus) d'enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>REGISTREZ 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>MÉNOPAUSEL/HYSTÉRECTOMIE D</p> <p>NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE E</p> <p>PAS DE RÈGLES 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 AUCUN ENDRO N</p> <p>RAISONS LIÉES À LA MÉTHODE</p> <p>EFFETS SECONDAIRES/ PROBLÈMES DE SANTÉ O</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP ÉLOIGNÉ P</p> <p>TROP CHER 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>	
811	<p>VÉRIFIEZ 303: UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?</p> <p>PAS <input type="checkbox"/> POSÉE ↓</p> <p>NON, N'UTILISE <input type="checkbox"/> PAS ACTUELLEMENT ↓</p> <p>OUI, <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT</p>		→ 813
812	<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>	
813	<p>VÉRIFIEZ 216:</p> <p>A DES ENFANTS <input type="checkbox"/> VIVANTS ↓</p> <p>AUCUN ENFANT <input type="checkbox"/> VIVANT ↓</p> <p>a) 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>b) 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 → 815</p> <p>NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE 96 → 815 (PRÉCISEZ)</p>	
814	<p>Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?</p>	<p>GARÇONS FILLES PEU IMPORTE</p> <p>NOMBRE .. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ)</p>	

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
815	Au cours des derniers mois, avez-vous : a) Entendu parler de la planification familiale à la radio ? b) Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ? c) Lu quelque chose sur la planification familiale dans un journal ou magazine ? d) Reçu un message vocal ou un texte sur la planification familiale sur votre portable ?	OUI NON a) RADIO 1 2 b) TÉLÉVISION 1 2 c) JOURNAL OU MAGAZINE 1 2 d) TÉLÉPHONE PORTABLE 1 2	
817	VÉRIFIEZ 701: OUI, <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT MARIÉE ↓ OUI, <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME ↓ NON, <input type="checkbox"/> PAS EN UNION →		→ 901
818	VÉRIFIEZ 303: UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? UTILISE <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT ↓ N'UTILISE PAS <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT → PAS POSÉE <input type="checkbox"/> →		→ 820 → 822
819	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'ENQUÊTÉ 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE 2 DÉCISION COMMUNE 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	→ 821
820	Diriez-vous que le fait de ne pas utiliser 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'ENQUÊTÉ 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE 2 DÉCISION COMMUNE 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
821	VÉRIFIEZ 304: NI LUI, NI ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ ↓ IL OU ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ →		→ 901
822	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 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
901	VÉRIFIEZ 701: ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	PAS EN UNION <input type="checkbox"/>	→ 909
902	Quel âge avait votre (mari/partenaire) à son dernier anniversaire ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/>	
903	Est-ce que votre (mari/partenaire) a fréquenté l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 906
904	Quel est le plus haut niveau d'études que votre (mari/partenaire) a atteint : primaire, secondaire 1, secondaire 2, professionnel A, supérieur ou professionnel B ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE1 (COLLEGE) 2 SECONDAIRE2 (LYCÉE) 3 SECONDAIRE SPÉCIAL (PROF. A) 4 SUPÉRIEUR 5 SUPÉRIEUR SPÉCIAL (PROF. B) 6 NE SAIT PAS 8	→ 906
905	Quelle est la [CLASSE/ANNÉE] la plus élevée qu'il a achevée avec succès à ce niveau ? SI MOINS D'1 CLASSE/ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE AVEC SUCCÈS À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	[CLASSE/ANNÉE] <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
906	Est-ce que votre (mari/partenaire) a effectué un travail au cours des 7 derniers jours ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 908
907	Est-ce que votre (mari/partenaire) a effectué un travail au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 909
908	Quelle est l'occupation de votre(mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail fait-il principalement ?	_____ _____ _____ <input type="text"/>	
909	En dehors de votre travail domestique, avez-vous travaillé au cours des sept derniers jours ?	OUI 1 NON 2	→ 913
910	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	→ 913
911	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	→ 913
912	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	→ 917
913	Quelle est votre occupation? C'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?	_____ _____ _____ <input type="text"/>	

SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
914	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 À SON COMPTE 3	
915	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	
916	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	
917	VÉRIFIEZ 701: ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> ↓	PAS EN UNION <input type="checkbox"/> →	925
918	VÉRIFIEZ 916: CODE '1' OU '2' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	AUTRE <input type="checkbox"/> →	921
919	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)	
920	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 PRÉS LA MÊME CHOSE 3 MARI/PARTENAIRE N'A PAS DE REVENUS 4 NE SAIT PAS 8	→ 922
921	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)	
922	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	
923	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	

SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
924	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	
925	Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE SEULEMENT 1 CONJOINTEMENT SEULEMENT 2 SEULE ET CONJOINTEMENT 3 N'EN POSSÈDE PAS 4	→ 928
926	Avez-vous un acte de propriété pour une maison que vous possédez ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 928
927	Est-ce que votre nom figure sur l'acte de propriété ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
928	Est-ce que vous possédez de la terre agricole ou non agricole, seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE SEULEMENT 1 CONJOINTEMENT SEULEMENT 2 SEULE ET CONJOINTEMENT 3 N'EN POSSÈDE PAS 4	→ 931
929	Avez-vous un acte de propriété pour une terre que vous possédez ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 931
930	Est-ce que votre nom figure sur l'acte de propriété ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
931	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE POINT DE L'INTERVIEW (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS OU PAS PRÉSENTES).	PRES./ PRES./ N'ÉCOUTE PAS ÉCOUTE. PAS. PRES.	
		ENFANTS < 10 1 2 3 MARI 1 2 3 AUTRES HOMMES 1 2 3 AUTRES FEMMES 1 2 3	
932	Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :	OUI NON NSP	
	a) Si elle sort sans le lui dire ?	a) SORT SANS LE LUI DIRE 1 2 8	
	b) Si elle néglige les enfants ?	b) NÉGLIGE LES ENFANTS 1 2 8	
	c) Si elle argumente avec lui ?	c) ARGUMENTE 1 2 8	
	d) Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?	d) REFUSE RAP. SEXUELS 1 2 8	
	e) Si elle brûle la nourriture ?	e) BRÛLE NOURRITURE 1 2 8	

___ CODES POUR Qs. 904 ET 905 : NIVEAU D'INSTRUCTION ET NOMBRE D'ANNÉE ACHÉVÉE

NIVEAU (Q.904)	PRIMAIRE=1	SECONDAIRE 1 (COLLEGE) =2	SECONDAIRE 2 (LYCÉE) =3	SECONDAIRE SPÉCIAL (PROF. A) =4	SUPÉRIEUR =5	SUPÉRIEUR SPÉCIAL (PROF. B) =6
CLASSI (Q.905)	1ère ANNEE=01 2ème ANNEE=02 3ème ANNÉE=03 4ème ANNÉE=04 5ème ANNÉE=05 6ème ANNÉE=06	7ème ANNEE=01 8ème ANNEE=02 9ème ANNÉE=03 10ème ANNÉE=04	11ème ANNEE=01 12ème ANNEE=02 13ème ANNÉE (TERMINALE)=03	PROFES. A1 (1ère ANNÉE)=01 PROFES. A2 (2ème ANNÉE)=02 PROFES. A3 (3ème ANNÉE)=03	1ère année=01 2ème année=02 3ème année=03 4ème année=04 5ème année=05 6ème année	PROFES. B1 (1ère ANNÉE)=01 PROFES. B2 (2ème ANNÉE)=02 PROFES. B3 (3ème ANNÉE)=03
MOINS D'UNE ANNEE ACHEVEE = 00						
NIVEAU OU CLASSE NE SAIT PAS (NSP)=98						

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1001	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler de VIH ou de sida ?	OUI 1 NON 2	→ 1042
1002	Le VIH est le virus qui cause le sida. Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH 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	
1003	Est-ce qu'on peut contracter le VIH par les piqûres de moustiques ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1004	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1005	Est-ce qu'on peut contracter le VIH en partageant la nourriture avec une personne qui a le VIH ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1006	Est-ce qu'on peut contracter le VIH par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1007	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le VIH ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1008	Est-ce que le VIH peut être transmis de la mère à son enfant :		
	a) Durant la grossesse ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
	b) Durant l'accouchement ?	a) DURANT LA GROSSESSE 1 2 8 b) DURANT ACCOUCHE 1 2 8	
	c) En allaitant ?	c) EN ALLAITANT 1 2 8	
1009	VÉRIFIEZ 1008: AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓	AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 1011
1010	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le VIH pour réduire le risque de transmission à son enfant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1011	VÉRIFIEZ 208 ET 215: DERNIÈRE NAISSANCE EN <input type="checkbox"/> 2016-2018 ↓	PAS DE NAISSANCE <input type="checkbox"/> → 1027 DERNIÈRE NAISSANCE EN 2015 OU PLUS TÔT <input type="checkbox"/> → 1027	
1012	VÉRIFIEZ 408 POUR DERNIÈRE NAISSANCE: A EU DES SOINS <input type="checkbox"/> PRÉNATALS ↓	PAS DE SOINS <input type="checkbox"/> PRÉNATALS → 1020	
1013	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUS LES EFFORTS POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
1014	Au cours de l'une des visites prénatales pour votre dernière naissance, est-ce que l'on vous a parlé :		
	a) Des bébés qui contractent le VIH de leur mère ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
	b) Des choses que vous pouvez faire pour ne pas contracter le VIH ?	a) VIH DE LA MÈRE 1 2 8 b) CHOSES À FAIRE 1 2 8	
	c) Effectuer un test du VIH ?	c) TEST DU VIH 1 2 8	

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1015	Dans le cadre des visites prénatales, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du VIH ?	OUI 1 NON 2	
1016	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du VIH dans le cadre de vos soins prénataux ?	OUI 1 NON 2	→ 1020
1017	Où le test a-t-il été fait ? 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)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL NATIONAL 11 HÔPITAL REGIONAL 12 HÔPITAL PREFECTURE/ CENTRE MÉDICAL COMMUNAL (CMC) 13 CENTRE DE SANTÉ 14 POSTE DE SANTÉ 15 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ (PRÉCISEZ) 16 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 PHARMACIE 22 MÉDECIN PRIVÉ 23 CABINET DE SOINS PRIVÉ 24 CLINIQUE PF/AGBEF 25 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ (PRÉCISEZ) 26 AUTRE SOURCE MAISON 31 LIEU DE TRAVAIL 32 CENTRE DE DÉTENTION 33 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
1018	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous eu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	→ 1020
1019	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	
1020	VÉRIFIEZ 430 POUR DERNIÈRE NAISSANCE: UN CODE <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> '21-36' ENCERCLÉ ↓		→ 1024
1021	Entre le moment où vous êtes arrivée pour accoucher mais avant que l'enfant naisse, vous a-t-on proposé de faire un test du VIH ?	OUI 1 NON 2	
1022	Je ne veux pas connaître les résultats mais vous a-t-on fait un test du VIH à ce moment-là ?	OUI 1 NON 2	→ 1024
1023	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous eu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	→ 1025
1024	VÉRIFIEZ 1016: OUI <input type="checkbox"/> ↓ NON OU <input type="checkbox"/> PAS POSÉE		→ 1027

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1025	Avez-vous effectué un test du VIH depuis le moment où vous avez fait un test durant votre grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 1028
1026	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A DES MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS 95	→ 1033
1027	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous déjà fait un test du VIH ?	OUI 1 NON 2	→ 1031
1028	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A DES MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS 95	
1029	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous eu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	
1030 (4)	Où le test a-t-il été fait ? 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)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL NATIONAL 11 HÔPITAL REGIONAL 12 HÔPITAL PREFECTURE/ CENTRE MÉDICAL COMMUNAL (CMC) 13 CENTRE DE SANTÉ 14 POSTE DE SANTÉ 15 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 16 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 PHARMACIE 22 MÉDECIN PRIVÉ 23 CABINET DE SOINS PRIVÉ 24 CLINIQUE PF/AGBEF 25 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 26 (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE MAISON 31 LIEU DE TRAVAIL 32 CENTRE DE DÉTENTION 33 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	→ 1033
1031	Connaissez-vous un endroit où les gens peuvent aller pour faire un test du VIH ?	OUI 1 NON 2	→ 1033

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1032	<p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ 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>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL A</p> <p>HÔPITAL REGIONAL B</p> <p>HÔPITAL PREFECTURE/ CENTRE MÉDICAL COMMUNAL (CMC) C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ D</p> <p>POSTE DE SANTÉ E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G</p> <p>PHARMACIE H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ I</p> <p>CABINET DE SOINS PRIVÉ J</p> <p>CLINIQUE PF/AGBEF K</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ L (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	
1033	Avez-vous entendu parler de tests que les gens peuvent utiliser pour se tester eux-mêmes pour le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1035
1034	Vous êtes-vous testée vous-même en utilisant un kit de test ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
1035	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPENI..... 8</p>	
1036	Pensez-vous que des enfants vivant avec le VIH devraient être autorisés à aller à l'école avec des enfants qui n'ont pas le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPENI..... 8</p>	
1037	Pensez-vous que les gens hésitent à faire un test du VIH parce qu'ils ont peur de la réaction des autres si le résultat de leur test était VIH positif ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPENI..... 8</p>	
1038	Est-ce que les gens parlent mal de ceux qui vivent avec le VIH ou dont on pense qu'ils vivent avec le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPENI..... 8</p>	
1039	Est-ce que les gens qui vivent avec le VIH, ou dont on pense qu'ils vivent avec le VIH, perdent le respect des autres ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPENI..... 8</p>	
1040	Êtes-vous d'accord ou non avec la déclaration suivante : j'aurais honte si quelqu'un de ma famille avait le VIH.	<p>D'ACCORD 1</p> <p>PAS D'ACCORD 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPENI..... 8</p>	
1041	Avez-vous peur de contracter le VIH si vous étiez en contact avec la salive d'une personne vivant avec le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>DIT QU'ELLE A LE VIH 3</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPENI..... 8</p>	

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1042	<p>VÉRIFIEZ 1001:</p> <p>A ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> PAS ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> DU VIH OU DU SIDA ↓ DU VIH OU DU SIDA ↓</p> <p>a) Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p> <p>b) Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
1043	<p>VÉRIFIEZ 713:</p> <p>A EU DES RAPPORTS <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS EU DE <input type="checkbox"/> SEXUELS ↓ RAPPORTS SEXUELS</p>		→ 1051
1044	<p>VÉRIFIEZ 1042: A ENTENDU PARLER D'AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>		→ 1046
1045	<p>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 ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1046	<p>Il arrive parfois que les femmes aient des pertes vaginales, anormales et malodorantes. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales anormales et malodorantes ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1047	<p>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 ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1048	<p>VÉRIFIEZ 1045, 1046, ET 1047:</p> <p>A EU UNE <input type="checkbox"/> INFECTION ↓ (UN 'OUI')</p> <p>N'A PAS EU <input type="checkbox"/> D'INFECTION OU NE SAIT PAS</p>		→ 1051
1049	<p>La dernière fois que vous avez eu (PROBLEME DÉCLARÉ À 1045/1046/1047), avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1051

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1050	<p>Où êtes-vous allée ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ 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>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL A</p> <p>HÔPITAL REGIONAL B</p> <p>HÔPITAL PREFECTURE/ CENTRE MÉDICAL COMMUNAL (CMC) C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ D</p> <p>POSTE DE SANTÉ E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G</p> <p>PHARMACIE H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ I</p> <p>CABINET DE SOINS PRIVÉ J</p> <p>CLINIQUE PF/AGBEF K</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ L (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE M</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	
1051	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 un condom quand ils ont des rapports sexuels ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1052	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 d'autres femmes ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1053	<p>VÉRIFIEZ 701:</p> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME ↓</p> <p>PAS EN UNION <input type="checkbox"/> → 1101</p>		
1054	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>ÇA DÉPEND/PAS SÛRE 8</p>	
1055	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>ÇA DÉPEND/PAS SÛRE 8</p>	

SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																				
1101	Je voudrais maintenant vous poser d'autres questions concernant des problèmes de santé. Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on fait une injection pour une raison quelconque ? SI OUI: Combien d'injections avez-vous eu ? SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST DE 90 OU PLUS OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '90'. DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 1104																				
1102	Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou un autre personnel de santé ? SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST DE 90 OU PLUS OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '90'. DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 1104																				
1103	La dernière fois que vous avez eu une injection effectuée par du personnel de santé, est-ce qu'il/elle a pris la seringue et l'aiguille d'un emballage neuf qui n'avait pas été ouvert ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																					
1104	Fumez-vous actuellement des cigarettes chaque jour, certains jours ou pas du tout ?	CHAQUE JOUR 1 CERTAINS JOURS 2 PAS DU TOUT 3	→ 1106																				
1105	En moyenne, combien de cigarettes fumez-vous actuellement par jour ?	NOMBRE DE CIGARETTES <input type="text"/> <input type="text"/>																					
1106	Actuellement, est-ce que vous fumez ou utilisez un autre type de tabac chaque jour, certains jours ou pas du tout ?	CHAQUE JOUR 1 CERTAINS JOURS 2 PAS DU TOUT 3	→ 1108																				
1107	Actuellement, quel autre type de tabac fumez-vous ou utilisez-vous ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SHICHA / PIPE À EAU / KRETEKS A PIPES BOURRÉES DE TABAC B CIGARES, CHEROOTS, OU CIGARILLOS C TABAC À CHIQUER/MÂCHER D TABAC (SNUFF) À PRISER E CHIQUE DE BETEL AVEC TABAC F AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)																					
1108	Différentes raisons peuvent empêcher les femmes d'obtenir un avis médical ou de se faire soigner. Quand vous êtes malade et que vous voulez un avis médical ou un traitement, est-ce que chacune des raisons suivantes constitue, pour vous, un problème important ou non: a) Obtenir la permission d'aller voir un médecin ? b) Obtenir l'argent nécessaire pour le conseil ou le traitement ? c) La distance pour atteindre l'établissement de santé ? d) Ne pas vouloir y aller seule ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>PROBLÈME IMPORTANT</th> <th>PAS UN PROBLÈME IMPORTANT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PERMISSION</td> <td>..... 1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>b) OBTENIR L'ARGENT</td> <td>..... 1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>c) DISTANCE</td> <td>..... 1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>d) ALLER SEULE</td> <td>..... 1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			PROBLÈME IMPORTANT	PAS UN PROBLÈME IMPORTANT	a) PERMISSION 1	2		b) OBTENIR L'ARGENT 1	2		c) DISTANCE 1	2		d) ALLER SEULE 1	2		
		PROBLÈME IMPORTANT	PAS UN PROBLÈME IMPORTANT																				
a) PERMISSION 1	2																					
b) OBTENIR L'ARGENT 1	2																					
c) DISTANCE 1	2																					
d) ALLER SEULE 1	2																					

SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1109	Êtes-vous couverte par une assurance médicale ?	OUI 1 NON 2	→ 1201
1110	Par quel type d'assurance médicale êtes-vous couverte ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MUTUELLE DE SANTÉ/ ASSURANCE SANTÉ CONNUNAUTAIRE A ASSURANCE SANTÉ PAR L'EMPLOYEUR B SÉCURITÉ SOCIALE C AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE D AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	

SECTION 12. EXCISION/MUTILATION GÉNÉTALE FÉMININE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1201	Je voudrais maintenant vous parler d'une pratique que l'on appelle l'excision. Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?	OUI 1 NON 2	→ 1203
1202	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	→ 1301
1203	Vous-même, avez-vous été excisée ?	OUI 1 NON 2	→ 1209
1204	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	→ 1206
1205	Vous a-t-on seulement entaillé les parties génitales sans enlever de chairs ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1206	Vous a-t-on fermé la zone génitale par une couture ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1207	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	
1208	Qui a procédé à votre excision ?	TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITIONNELLE 11 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 12 AUTRE TRADITIONNEL 16 (PRÉCISEZ) PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 21 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 22 MATRONE 23 AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTÉ 26 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	
1209	VÉRIFIEZ 213, 215 ET 216: A AU MOINS UNE FILLE VIVANTE NÉE <input type="checkbox"/> EN 2003 OU PLUS TARD ↓	N'A AUCUNE FILLE VIVANTE NÉE EN <input type="checkbox"/> 2003 OU PLUS TARD	→ 1216

SECTION 12. EXCISION/MUTILATION GÉNÉRALE FÉMININE

1209A	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 2003 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS POUR TOUTES CES FILLES. COMMENCEZ PAR LA PLUS JEUNE. (S'IL Y A PLUS DE 3 FILLES, UTILISEZ DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).			
Je voudrais maintenant vous poser des questions sur (votre/vos filles) .				
1210	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 2003 OU PLUS TARD.	FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
1211	Est-ce que (NOM DE LA FILLE) est excisée ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 1211 À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1216)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 1211 À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1216)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 1211 À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES ALLEZ À 1216)
1212	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
1213	Lui a-t-on fermé la zone génitale par une couture ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
1214	Qui a procédé à l'excision de votre fille ?	TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITIONNEL .. 11 ACCOUCHEUSE TRADITIONNEL .. 12 AUTRE TRAD. _____ 16 (PRÉCISEZ) PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 21 INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME .. 22 MATRONE 23 AUTRE PROFESSION DE SANTÉ _____ 26 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITIONNEL .. 11 ACCOUCHEUSE TRADITIONNEL .. 12 AUTRE TRAD. _____ 16 (PRÉCISEZ) PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 21 INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME .. 22 MATRONE 23 AUTRE PROFESSION DE SANTÉ _____ 26 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITIONNEL .. 11 ACCOUCHEUSE TRADITIONNEL .. 12 AUTRE TRAD. _____ 16 (PRÉCISEZ) PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 21 INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME .. 22 MATRONE 23 AUTRE PROFESSION DE SANTÉ _____ 26 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98
1215		RETOURNEZ À 1211 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1216.	RETOURNEZ À 1211 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1216.	RETOURNEZ À 1211 À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1216.

SECTION 12. EXCISION/MUTILATION GÉNÉRALE FÉMININE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1216	Pensez-vous que l'excision est exigée par votre religion ?	OUI 1 NON 2 PAS DE RELIGION 3 NE SAIT PAS 8	
1217	Pensez-vous que la pratique de l'excision doit continuer ou qu'elle doit être abandonnée ?	CONTINUER 1 ABANDONNER 2 CELA DÉPEND 3 NE SAIT PAS 8	
1217A	Avez –vous entendu parler de cas de parents qui n'excisent pas leurs filles et déclarent l'avoir fait ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1217B	Que pensez vous de cela, une bonne chose ou une mauvaise chose?	C'EST UNE BONNE CHOSE 1 C'EST UNE MAUVAISE CHOSE 2 NE SAIT PAS 8	
1217C	Connaissez vous des personnes de votre famille ou de votre communauté qui auraient fait des déclaration similaires?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	

SECTION 13. FISTULE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1301	Les femmes peuvent parfois avoir, en permanence, le jour et la nuit, un problème de pertes urinaires ou fécales par le vagin. Ce problème survient généralement à la suite d'un accouchement difficile, mais il peut aussi se produire après une agression sexuelle ou après une opération du pelvis. Avez-vous déjà eu, en permanence, durant le jour et la nuit, des pertes urinaires ou fécales par le vagin ?	OUI 1 NON 2	→ 1303
1302	Avez-vous déjà entendu parler de ce problème ?	OUI 1 NON 2	→ 1312
1303	Est-ce que ce problème a commencé après un accouchement ou une fausse-couche ?	APRÈS UN ACCOUCHEMENT 1 APRÈS UNE FAUSSE-COUCHE 2 NI L'UN NI L'AUTRE 3	→ 1305
1304	Est-ce que ce problème a commencé après un travail et un accouchement normaux ou après un travail et un accouchement très difficiles ?	TRAVAIL/ACCOUCHEM. NORMAL 1 ACCOUCHEM. TRÈS DIFFICILE 2	→ 1306
1305	Selon vous, qu'est-ce qui a causé ce problème ?	AGRESSION SEXUELLE 1 OPÉRATION DU PELVIS 2 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8	→ 1307
1306	Combien de jours après (CAUSE DU PROBLÈME DE 1303 OU 1305) les pertes ont-elles commencé ? INSCRIVEZ 90 SI 90 JOURS OU PLUS.	NOMBRE DE JOURS APRÈS ACCOUCH/AUTRE ÉVÈNEM. <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
1307	Avez-vous recherché un traitement pour ce problème ?	OUI 1 NON 2	→ 1309
1308	Pourquoi n'avez-vous pas recherché de traitement ? INSISTEZ ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	NE SAVAIT PAS QU'ON POUVAIT RÉPARER A NE SAVAIT PAS OÙ ALLER B TROP CHER C TROP ÉLOIGNÉ D MAUVAISE QUALITÉ DES SOINS E N'A PAS PU OBTENIR PERMISSION F GÉNÉE G PROBLÈME A DISPARU H AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	→ 1312

SECTION 13. FISTULE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À				
1309	Auprès de qui avez-vous recherché un traitement en dernier ?	PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 1 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 2 MATRONE 3 AUTRE PERSONNE AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGEOIS 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)					
1310	Avez-vous eu une opération pour résoudre le problème ?	OUI 1 NON 2					
1311	Est-ce que le traitement a stoppé complètement les pertes ? SI NON : Est-ce que le traitement a réduit les pertes ?	OUI, PERTES STOPPÉES COMPLÈTEMENT 1 PERTES NON STOPPÉES MAIS RÉDUITES 2 PERTES PAS STOPPÉES DU TOUT 3 N'A PAS REÇU DE TRAITEMENT 4					
1312	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURES <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> MINUTES <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>					

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE
À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES SUR L'INTERVIEW :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

OBSERVATION DE LA CONTRÔLEUSE
