

**ENQUETE NATIONALE SUR LA POPULATION ET LA SANTE (ENPS II)**

**QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME**

IDENTIFICATION	
1- PROVINCE OU PREFECTURE : _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2- CERCLE : _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3- MUNICIPALITE : Centre Autonome/Commune Rurale.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4- CENTRE :.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5- NUMERO DE L'UNITE PRIMAIRE :.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6- NUMERO DE L'UNITE SECONDAIRE :.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7- STRATE : .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8- RABAT-CASA/GRANDE VILLE/VILLE/CAMPAGNE..... (Rabat-Casa=1, grde. ville=2, ville=3, campagne=4)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9- NUMERO DU MENAGE :.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10- ADRESSE DU MENAGE : _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11- NOM ET N° DE LIGNE DE LA FEMME : _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

VISITES D'ENQUETRIX										
	1	2	3	VISITE FINALE						
10-DATE DE LA VISITE	_____	_____	_____	JOUR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ANNEE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
11-NOM ENQUETRIX	_____	_____	_____	CODE ENQ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
12-RESULTAT*	_____	_____	_____	RESULTAT <input type="checkbox"/>						
13-PROCHAINE A-DATE VISITE: B-HEURE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="checkbox"/>						
<p><b>*CODES RESULTAT:</b></p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 ENTIEREMENT REMPLI</td> <td style="width: 50%;">4 REFUSE</td> </tr> <tr> <td>2 PAS A LA MAISON</td> <td>5 PARTIELLEMENT REMPLI</td> </tr> <tr> <td>3 DIFFERE</td> <td>6 AUTRE _____</td> </tr> </table> <p align="right">(PRECISER)</p>					1 ENTIEREMENT REMPLI	4 REFUSE	2 PAS A LA MAISON	5 PARTIELLEMENT REMPLI	3 DIFFERE	6 AUTRE _____
1 ENTIEREMENT REMPLI	4 REFUSE									
2 PAS A LA MAISON	5 PARTIELLEMENT REMPLI									
3 DIFFERE	6 AUTRE _____									

NOM DATE	CONTROLE TERRAIN _____ _____	CONTROLE BUREAU _____ _____	SAISI PAR _____ _____	SAISI PAR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
-------------	------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------	--



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
113	<p>VERIFIER Q.4 DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE</p> <p>L'ENQUETEE N'EST PAS RESIDENTE <input type="checkbox"/></p> <p>L'ENQUETEE EST RESIDENTE <input type="checkbox"/> → 201</p>		
114	<p>Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur l'endroit où vous vivez habituellement.</p> <p>Vivez-vous habituellement à Rabat, à Casa, dans une grande ville, une ville ou à la campagne?</p> <p>SI VILLE: Dans quelle ville vivez-vous?</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE LA VILLE)</p>	<p>RABAT, CASA .....1</p> <p>AUTRE GRANDE VILLE .....2</p> <p>PETITE VILLE .....3</p> <p>CAMPAGNE .....4</p>	
115	<p>Dans quelle province est-ce situé?</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE LA PROVINCE)</p>	<p>PROVINCE ..... <input type="text"/></p>	
116	<p>Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur le ménage dans lequel vous vivez habituellement.</p> <p>D'où provient l'eau que votre ménage utilise pour se laver les mains et pour laver la vaisselle?</p>	<p>EAU DU ROBINET</p> <p>ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....11 → 118</p> <p>FONTAINE PUBLIQUE.....12</p> <p>EAU DE PUIITS</p> <p>PUIITS DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....21 → 118</p> <p>PUIITS PUBLIC.....22</p> <p>EAU DE SURFACE</p> <p>SOURCE.....31</p> <p>RIVIERE/RUISSEAU.....32</p> <p>MARE/LAC.....33</p> <p>BARRAGE.....34</p> <p>EAU DE PLUIE.....41 → 118</p> <p>CAMION CITERNE.....51</p> <p>EAU EN BOUTEILLE.....61 → 118</p> <p>AUTRE.....71</p> <p>(PRECISER)</p>	
117	<p>Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir?</p>	<p>MINUTES..... <input type="text"/></p> <p>SUR PLACE.....996</p>	
118	<p>Pour boire, votre ménage utilise-t-il l'eau de la même origine?</p>	<p>OUI.....1 → 120</p> <p>NON.....2</p>	
119	<p>D'où provient l'eau que boivent les membres de votre ménage?</p>	<p>EAU DU ROBINET</p> <p>ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....11</p> <p>FONTAINE PUBLIQUE.....12</p> <p>EAU DE PUIITS</p> <p>PUIITS DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....21</p> <p>PUIITS PUBLIC.....22</p> <p>EAU DE SURFACE</p> <p>SOURCE.....31</p> <p>RIVIERE/RUISSEAU.....32</p> <p>MARE/LAC.....33</p> <p>BARRAGE.....34</p> <p>EAU DE PLUIE.....41</p> <p>CAMION CITERNE.....51</p> <p>EAU EN BOUTEILLE.....61</p> <p>AUTRE.....71</p> <p>(PRECISER)</p>	
120	<p>Quel genre de toilettes y a-t-il dans votre ménage?</p>	<p>CHASSE D'EAU</p> <p>W.C A L'INTERIEUR .....11</p> <p>W.C A L'EXTERIEUR PRIVE.....12</p> <p>W.C A L'EXTER.COLLECTIF .....13</p> <p>FOSSE/LATRINES</p> <p>FOSSE SOMMAIRE.....21</p> <p>FOSSE AMELIOREE ET VENTILEE/LATRINES.....22</p> <p>PAS DE TOILETTES/NATURE.....31</p> <p>AUTRE.....41</p> <p>(PRECISER)</p>	
121	<p>Dans votre ménage, avez-vous?</p> <p>L'électricité?</p> <p>Une radio?</p> <p>Une télévision?</p> <p>Un réfrigérateur?</p>	<p>OUI NON</p> <p>ELECTRICITE.....1 2</p> <p>RADIO.....1 2</p> <p>TELEVISION.....1 2</p> <p>REFRIGERATEUR.....1 2</p>	
122	<p>Dans votre ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir?</p>	<p>PIECES..... <input type="text"/></p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A													
123	Pouvez-vous décrire le plancher de votre logement?	PLANCHER NATUREL TERRE/BATTUE.....11 BOISE.....12 PLANCHER SOMMAIRE PLANCHES EN BOIS.....21 PLANCHER FINI PARQUET OU BOIS CIRE.....31 BANDE DE VINYLE OU ASPHALTE..32 CARRELAGE.....33 CIMENT.....34 MOQUETTE.....35 AUTRE.....41 (PRECISER)														
124	Quelle est la nature du toit de votre logement ?	DALLES.....01 PLANCHES/ROSEAUX/BANCHAGES ENDUITS DE TERRE .....02 PLANCHES/ROSEAUX BANCHAGES SANS ENDUITS DE TERRE .....03 TOLES/BIDONS .....04 PLANCHES/TUILES.....05 AUTRES.....06 (PRECISER)														
125	Quel est le statut d'occupation de votre logement ?	PROPRIETAIRE.....1 LOCATAIRE.....2 USAGE GRATUIT.....3 AUTRES.....4 (PRECISER)														
126	Y-a-t-il quelqu'un de votre ménage qui possède:	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BICYCLETTE.....1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VOITURE.....1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	BICYCLETTE.....1	2		MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....1	2		VOITURE.....1	2			
	OUI	NON														
BICYCLETTE.....1	2															
MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....1	2															
VOITURE.....1	2															

SECTION 2. NUPTIALITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
201	Etes-vous actuellement célibataire, mariée, veuve ou divorcée?	CELIBATAIRE .....1 MARIEE.....2 VEUVE.....3 DIVORCEE.....4	→401   →204
202	Votre mari a-t-il d'autres femmes en plus de vous?	OUI .....1 NON .....2	 →204
203	Combien de femmes a-t-il en plus de vous-même?	NOMBRE..... <input type="text"/> M.S.P .....8	
204	Combien de fois avez-vous été mariée?	NOMBRE..... <input type="text"/>	
205	VOIR 204: 2 MARIAGES ET PLUS <input type="checkbox"/> 1 MARIAGE <input type="checkbox"/>		→207
206	Comment s'est terminé votre premier mariage?	DIVORCE .....1 VEUVAGE .....2	
207	En quel mois et quelle année avez-vous été mariée pour la première fois?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP MOIS.....98 ANNEE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ANNEE.....98	
208	Quel âge aviez-vous quand vous vous êtes mariée la première fois?	AGE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP AGE.....98	
209	VOIR 207 ET 208: ANNEE ET MOIS DONNES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→211
210	VERIFIER LA COHERENCE DE 207 ET 208:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>SI NECESSAIRE, CALCULER L'ANNEE DE NAISSANCE</p> <p>ANNEE ACTUELLE <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>MOINS -</p> <p>AGE ACTUEL (104) <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>=</p> <p>ANNEE DE NAISSANCE CALCULEE <input type="text"/><input type="text"/></p> </div>	
	ANNEE DE NAISSANCE (103) <input type="text"/> <input type="text"/> PLUS + AGE AU MARIAGE (208) <input type="text"/> <input type="text"/> = ANNEE DE MARIAGE CALCULEE <input type="text"/> <input type="text"/>		
	L'ANNEE DE MARIAGE CALCULEE EST-ELLE, A UNE ANNEE PRES, LA MEME QUE L'ANNEE DE MARIAGE ENREGISTREE (207)		
	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → VERIFIER ET CORRIGER 207 ET 208.		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A															
211	DETERMINER LES MOIS DE MARIAGE DEPUIS JANV.86. INSCRIRE "X" DANS LA COL.6 DU CALENDRIER POUR CHAQUE MOIS DE MARIAGE ET INSCRIRE "O" POUR CHAQUE MOIS DE NON-MARIAGE DEPUIS JANV.86.  POUR LES FEMMES VEUVES, DIVORCEES OU MARIEES PLUS D'UNE FOIS: INSISTER SUR LA DATE DE DIVORCE OU DE VEUVAGE, ET DU DEBUT DE TOUT AUTRE MARIAGE.																	
212	Y a-t-il un lien de parenté entre vous et votre premier mari?	COUSIN GERMAIN PATERNEL.....1 COUSIN GERMAIN MATERNEL.....2 AUTRE PARENT.....3 SANS LIEN .....4																
213	VOIR 201 : MARIÉE <input type="checkbox"/> VEUVE, DIVORCÉE <input type="checkbox"/>		301															
214	Maintenant nous avons besoin de quelques renseignements sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre la planification familiale et la fécondité.  Combien de fois avez-vous eu des relations sexuelles durant les quatre dernières semaines?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>																
215	Combien de fois par mois avez-vous habituellement des relations sexuelles?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>																
216	Combien de temps y a-t-il depuis que vous avez eu des relations sexuelles pour la dernière fois?	JOURS.....1 <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> ANNEES.....4 <input type="text"/> AVANT DERNIERE NAISSANCE.....996																
217	AUTRES PERSONNES PRESENTES A CE MOMENT	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS MOINS DE 10 ANS....1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MARI.....1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES.....1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES.....1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	ENFANTS MOINS DE 10 ANS....1	2		MARI.....1	2		AUTRES HOMMES.....1	2		AUTRES FEMMES.....1	2		
	OUI	NON																
ENFANTS MOINS DE 10 ANS....1	2																	
MARI.....1	2																	
AUTRES HOMMES.....1	2																	
AUTRES FEMMES.....1	2																	

**SECTION 3. REPRODUCTION**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A				
301	Maintenant je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà eu une naissance?	OUI.....1 NON.....2	→306				
302	Avez-vous donné naissance à des fils ou des filles qui habitent actuellement avec vous?	OUI.....1 NON.....2	→304				
303	Combien de vos fils habitent avec vous? Et combien de vos filles habitent avec vous? SI AUCUN(E) INSCRIRE '00'.	FILS A LA MAISON..... FILLES A LA MAISON.....	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>				
304	Avez-vous donné naissance à des fils ou des filles encore en vie et qui n'habitent pas actuellement avec vous?	OUI.....1 NON.....2	→306				
305	Combien de vos fils sont en vie mais n'habitent pas avec vous? Et combien de vos filles sont en vie mais n'habitent pas avec vous? SI AUCUN(E) INSCRIRE '00'.	FILS AILLEURS..... FILLES AILLEURS.....	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>				
306	Avez-vous donné naissance à un fils ou une fille, né(e) vivant(e) mais décédé(e) par la suite? SI NON, INSISTER: Aucun(e) fils ou fille qui a pleuré ou qui a donné un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours?	OUI.....1 NON.....2	→308				
307	En tout, combien de vos fils sont décédés? Et combien de vos filles sont décédées? SI AUCUN(E) INSCRIRE '00'.	FILS DECEDES..... FILLES DECEDEES.....	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>				
308	FAIRE LA SOMME DES REPONSES A 303, 305, ET 307, ET INSCRIRE LE TOTAL. SI AUCUN(E) INSCRIRE '00'.	TOTAL.....	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>				
309	VERIFIER 308: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris: vous avez eu au TOTAL _____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> INSISTER ET CORRIGER 301-308 SI NECESSAIRE						
310	VERIFIER 308: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/>		→326				

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

(INSCRIRE A 312 LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES. INSCRIRE LES JUMEAUX ET TRIPLES SUR DES LIGNES SEPARÉES)

312	313	314	315	316	317	318	319	320	321
Quel nom a été donné à votre (premier, suivant) enfant?	ENREGISTRER LE GENRE DE NAISSANCE: SIMPLE OU MULTIPLE	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	S'il vous plaît, donnez-moi le livret de famille ou son extrait de naissance.	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER: Quelle est sa date de naissance? En quelle saison est-il/elle né(e)	(NOM) est-il/elle encore en vie?	SI VIVANT: Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? INSCRIRE L'AGE EN ANNEES REVOLUES	SI VIVANT: (NOM) vit-il/elle avec vous?	SI L'ENFANT A MOINS DE 15 ANS: Avec qui vit-il/elle? SI 15+: PASSER A LA NAISSANCE SUIVANTE	SI DECEDE(E): Quel âge avait-il/elle quand il/elle est mort(e)? SI 1 AN, INSISTER: Quel âge avait (NOM), en mois? INSCRIRE EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS, EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS, OU EN ANNEES.
01  (NOM)	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	AUCUN...1 LIV. DE FAMIL...2 EXTR. DE NAISS...3 AUTRE DOCUM...4	MOIS.. ANNEE.	OUI...1 NON...2 v 321	AGE EN ANNEES  NON...2 v 321	OUI.....1 (PASSER A NAISS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3
02  (NOM)	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	AUCUN...1 LIV. DE FAMIL...2 EXTR. DE NAISS...3 AUTRE DOCUM...4	MOIS.. ANNEE.	OUI...1 NON...2 v 321	AGE EN ANNEES  NON...2 v 321	OUI.....1 (PASSER A NAISS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3
03  (NOM)	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	AUCUN...1 LIV. DE FAMIL...2 EXTR. DE NAISS...3 AUTRE DOCUM...4	MOIS.. ANNEE.	OUI...1 NON...2 v 321	AGE EN ANNEES  NON...2 v 321	OUI.....1 (PASSER A NAISS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3
04  (NOM)	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	AUCUN...1 LIV. DE FAMIL...2 EXTR. DE NAISS...3 AUTRE DOCUM...4	MOIS.. ANNEE.	OUI...1 NON...2 v 321	AGE EN ANNEES  NON...2 v 321	OUI.....1 (PASSER A NAISS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3
05  (NOM)	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	AUCUN...1 LIV. DE FAMIL...2 EXTR. DE NAISS...3 AUTRE DOCUM...4	MOIS.. ANNEE.	OUI...1 NON...2 v 321	AGE EN ANNEES  NON...2 v 321	OUI.....1 (PASSER A NAISS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3
06  (NOM)	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	AUCUN...1 LIV. DE FAMIL...2 EXTR. DE NAISS...3 AUTRE DOCUM...4	MOIS.. ANNEE.	OUI...1 NON...2 v 321	AGE EN ANNEES  NON...2 v 321	OUI.....1 (PASSER A NAISS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3
07  (NOM)	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	AUCUN...1 LIV. DE FAMIL...2 EXTR. DE NAISS...3 AUTRE DOCUM...4	MOIS.. ANNEE.	OUI...1 NON...2 v 321	AGE EN ANNEES  NON...2 v 321	OUI.....1 (PASSER A NAISS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3
08  (NOM)	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	AUCUN...1 LIV. DE FAMIL...2 EXTR. DE NAISS...3 AUTRE DOCUM...4	MOIS.. ANNEE.	OUI...1 NON...2 v 321	AGE EN ANNEES  NON...2 v 321	OUI.....1 (PASSER A NAISS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3



312	313	314	315	316	317	318	319	320	321
Quel nom a été donné à votre (premier, suivant) enfant?	ENREGISTRER LE GENRE DE NAISSANCE: SIMPLE OU MULTIPLE	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	S'il vous plaît, donnez-moi le livret de famille ou son extrait de naissance.	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER: Quelle est sa date de naissance? En quelle saison est-il/elle né(e)	(NOM) est-il/elle encore en vie?	SI VIVANT: Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? INSCRIRE L'AGE EN ANNEES REVOLUES	SI VIVANT: (NOM) vit-il/elle avec vous?	SI L'ENFANT A MOINS DE 15 ANS: Avec qui vit-il/elle? SI 15+: PASSER A LA NAISSANCE SUIVANTE	SI DECEDE(E): Quel âge avait-il/elle quand il/elle est mort(e)? SI 1 AN, INSISTER: Quel âge avait (NOM), en mois? INSCRIRE EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS, EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS, OU EN ANNEES.

09	SIMP..1 MULT..2 (NOM)	GARÇ..1 FILL..2	AUCUN...1 LIV. DE FAMIL...2 EXTR. DE NAISS...3 AUTRE DOCUM...4	MOIS.. ANNEE.	OUI...1 NON...2 ↓ 321	AGE EN ANNEES	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3
10	SIMP..1 MULT..2 (NOM)	GARÇ..1 FILL..2	AUCUN...1 LIV. DE FAMIL...2 EXTR. DE NAISS...3 AUTRE DOCUM...4	MOIS.. ANNEE.	OUI...1 NON...2 ↓ 321	AGE EN ANNEES	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3
11	SIMP..1 MULT..2 (NOM)	GARÇ..1 FILL..2	AUCUN...1 LIV. DE FAMIL...2 EXTR. DE NAISS...3 AUTRE DOCUM...4	MOIS.. ANNEE.	OUI...1 NON...2 ↓ 321	AGE EN ANNEES	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3
12	SIMP..1 MULT..2 (NOM)	GARÇ..1 FILL..2	AUCUN...1 LIV. DE FAMIL...2 EXTR. DE NAISS...3 AUTRE DOCUM...4	MOIS.. ANNEE.	OUI...1 NON...2 ↓ 321	AGE EN ANNEES	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3
13	SIMP..1 MULT..2 (NOM)	GARÇ..1 FILL..2	AUCUN...1 LIV. DE FAMIL...2 EXTR. DE NAISS...3 AUTRE DOCUM...4	MOIS.. ANNEE.	OUI...1 NON...2 ↓ 321	AGE EN ANNEES	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3
14	SIMP..1 MULT..2 (NOM)	GARÇ..1 FILL..2	AUCUN...1 LIV. DE FAMIL...2 EXTR. DE NAISS...3 AUTRE DOCUM...4	MOIS.. ANNEE.	OUI...1 NON...2 ↓ 321	AGE EN ANNEES	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3

322 COMPARER 308 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTREES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET NOTER:

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

↓  
VERIFIER: POUR CHAQUE NAISSANCE: L'ANNEE DE NAISSANCE EST ENREGISTREE

POUR CHAQUE ENFANT VIVANT: L'AGE ACTUEL EST ENREGISTRE

POUR CHAQUE ENFANT DECEDE: L'AGE AU DECES EST ENREGISTRE

POUR L'AGE AU DECES 12 MOIS: VERIFIER POUR DETERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS

323 VERIFIER 316 ET ENTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES DEPUIS JANVIER 1986. S'IL N'Y EN A PAS, INSCRIRE '0' ET PASSER A 325.

324 POUR CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANV.86, INSCRIRE "N" POUR LE MOIS DE NAISSANCE DANS LA COLONNE 1 DU CALENDRIER ET "G" DANS CHACUN DES 8 MOIS QUI PRECEDENT. ECRIRE LE NOM DE L'ENFANT A GAUCHE DU CODE "N"

325 EN BAS DU CALENDRIER INSCRIRE LE NOM ET LA DATE DE NAISSANCE DU DERNIER ENFANT NE AVANT JANVIER 1986, S'IL Y A LIEU.

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
326	Etes-vous enceinte en ce moment?	OUI.....1 NON.....2 PAS SURE.....8	→329
327	De combien de mois êtes-vous enceinte ?  INSCRIRE "G" DANS LA COL.1 DU CALENDRIER POUR LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHACUN DES MOIS DE GROSSESSE.	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
328	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous devenir enceinte <u>à ce moment-là</u> , vouliez-vous attendre <u>plus tard</u> , ou vouliez-vous <u>ne pas</u> tomber enceinte ?	A CE MOMENT LA.....1 PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PAS.....3	
329	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par un avortement, une fausse-couche ou un mort-né ?	OUI.....1 NON.....2	→335
330	En quel mois et quelle année s'est terminée votre dernière grossesse de ce genre?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
331	VERIFIER 330:  DERNIERE GROSSESSE TERMINEE DEPUIS JANV. 86 <input type="text"/> ↓ DERNIERE GROSSESSE TERMINEE AVANT JANV. 86 <input type="text"/>		→335
332	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la grossesse s'est terminée ?  INSCRIRE "F" DANS LA COL.1 DU CALENDRIER POUR LE MOIS OU LA GROSSESSE S'EST TERMINEE, ET "G" POUR LES MOIS DE GROSSESSE .	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
333	Avez-vous jamais eu d'autres grossesses de ce genre ?	OUI .....1 NON .....2	→335
334	DEMANDER LES DATES ET LES DUREES DES AUTRES GROSSESSES DE CE GENRE JUSQU'EN JANV. 1986. INSCRIRE "F" DANS LA COL.1 DU CALENDRIER POUR LE MOIS OU LA GROSSESSE S'EST TERMINEE, ET "G" POUR CHAQUE MOIS DE GROSSESSE.		
335	Il y a combien de temps que vos dernières règles ont commencé?	JOURS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEES.....4 <input type="text"/> <input type="text"/>  AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...994 JAMAIS EU DE REGLES.....995 EN MENOPAUSE.....996	
336	Entre le premier jour des règles d'une femme et le premier jour de ses règles suivantes, y-a-t-il certains moments où elle a plus de chance de tomber enceinte que d'autres ?	OUI .....1 NON.....2 NSP.....8	→401
337	A quel moment du cycle menstruel une femme a le plus de chance de tomber enceinte ?	PENDANT SES REGLES.....1 JUSTE APRES LA FIN DE SES REGLES.....2 AU MILIEU DU CYCLE.....3 JUSTE AVANT LE DEBUT DE SES REGLES.....4 N'IMPORTE QUAND.....5 AUTRE .....6 (PRECISER) NSP.....8	

SECTION 4 : CONTRACEPTION

400	VOIR 201	CELIBATAIRE <input type="checkbox"/> ↓	AUTRES <input type="checkbox"/> → 401
400A	Maintenant, je voudrais vous parler de la planification familiale - les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler?  ENCERCLER LE CODE 1 DANS 400B POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE D'UNE MANIERE SPONTANEE. PUIS CONTINUER LA COLONNE EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE NON MENTIONNEE SPONTANEMENT. ENCERCLER LE CODE 2 SI LA METHODE EST RECONNUE, ET LE CODE 3 SI NON RECONNUE.		

	400B Avez-vous déjà entendu parler de (METHODE)? LIRE LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE.
01 <input type="checkbox"/> PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3
02 <input type="checkbox"/> DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place dans l'utérus.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3
03 <input type="checkbox"/> INJECTIONS Les femmes peuvent recevoir une injection par médecin ou infirmière pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3
04 <input type="checkbox"/> DIAPHRAGME, MOUSSE, GELEE Les femmes peuvent se mettre à l'intérieur une éponge, un suppositoire, un diaphragme, de la gelée ou de la crème avant d'avoir des rapports sexuels.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3
05 <input type="checkbox"/> CONDOM Les hommes peuvent se peuvent se mettre un condom (une capote anglaise) pendant les rapports sexuels.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3
06 <input type="checkbox"/> STERILISATION FEMININE Les femmes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3
07 <input type="checkbox"/> STERILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3
08 <input type="checkbox"/> RYTHME, CONTINENCE PERIODIQUE Les couples peuvent éviter d'avoir des rapports sexuels certains jours du cycle pendant lesquels la femme est plus susceptible de tomber enceinte.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3
09 <input type="checkbox"/> RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3
10 <input type="checkbox"/> Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter la grossesse?  1 _____ (PRECISER) 2 _____ (PRECISER) 3 _____ (PRECISER)	OUI/SPONTANE.....1 NON.....3

400 C	Durant le mois dernier avez-vous entendu une annonce à propos du planning familial à:  la radio ? la télévision ?	OUI    NON RADIO .....1    2 TELEVISION.....1    2
400 D	Trouvez-vous acceptable ou non que des informations à propos du planning familial soient données à la radio ou à la télévision ?	ACCEPTABLE.....1 PAS ACCEPATABLE.....2 NSP.....8
400 E	En général, est-ce que vous approuvez ou désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	APPROUVE .....1 DESAPPROUVE.....2
400 F	Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir, combien voudriez-vous en avoir ?	NOMBRE ..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>  AUTRES _____ 96 (A PRECISER)

PASSER A 601

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

ENCERCLER LE CODE 1 DANS 402 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE D'UNE MANIERE SPONTANEE.  
 PUIS CONTINUER LA COLONNE EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE NON MENTIONNEE SPONTANEMENT.  
 ENCERCLER LE CODE 2 SI LA METHODE EST RECONNUE, ET LE CODE 3 SI NON RECONNUE.  
 PUIS, POUR CHAQUE METHODE AYANT LE CODE 1 OU 2 ENCERCLE DANS 402, POSER 403-404 AVANT DE PASSER A LA METHODE SUIVANTE.

	402 Avez-vous déjà entendu parler de (METHODE) LIRE LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE.	403 Avez-vous déjà utilisé (METHODE)	404 Savez-vous où l'on peut se procurer (METHODE)?
01 PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
02 DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place dans l'utérus.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
03 INJECTIONS Les femmes peuvent recevoir une injection par un médecin ou une infirmière pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
04 DIAPHRAGME, MOUSSE, GELEE Les femmes peuvent se mettre à l'intérieur une éponge, un suppositoire, un diaphragme, de la gelée ou de la crème avant d'avoir des rapports sexuels.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
05 CONDOM Les hommes peuvent se mettre un condom (une capote anglaise) pendant les rapports sexuels.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
06 STERILISATION FEMININE Les femmes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
07 STERILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
08 RYTHME, CONTINENCE PERIODIQUE Les couples peuvent éviter d'avoir des rapports sexuels certains jours du cycle pendant lesquels la femme est plus susceptible de tomber enceinte.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	Savez-vous où l'on peut obtenir des conseils sur la façon de pratiquer la continence périodique? OUI.....1 NON.....2
09 RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	
10 Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter la grossesse?  1 _____ (PRECISER)  2 _____ (PRECISER)  3 _____ (PRECISER)	OUI/SPONTANE.....1 NON.....3	OUI.....1 NON.....2  OUI.....1 NON.....2  OUI.....1 NON.....2	

405 VERIFIER 403: AUCUN "OUI" (N'A JAMAIS UTILISE)  AU MOINS UN "OUI" (A UTILISE)  → PASSER A 409

N°	QUESTIONS ET FILTRES	PASSER A
406	Avez-vous jamais utilisé ou essayé un moyen quelconque pour retarder ou éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 →408 NON.....2
4068	Pourquoi n'avez-vous jamais utilisé un moyen quelconque pour retarder ou éviter de tomber enceinte?	MARI DESAPPROUVE.....01 EFFETS SECONDAIRES.....02 PROBLEME DE SANTE.....03 ACCES/DISPONIBILITE.....04 COUT.....05 MALCOMMODE A UTILISER.....06 PROBLEME D'INFORMATION.....07 DIVORCE OU VEUVAGE.....08 STERILE.....09 VEUT DES ENFANTS.....10 AUTRE.....11 (PRECISER) NSP.....98
407	INSCRIRE '0' POUR TOUS LES MOIS LAISSES EN BLANC A LA COLONNE 1 DU CALENDRIER.	→439
408	Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 403-405 (ET 402 SI NECESSAIRE)	
409	Quelle est la première chose que vous avez faite ou la première méthode que vous avez utilisé pour éviter de tomber enceinte ?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTIONS.....03 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....04 CONDOM.....05 STERILISATION FEMININE.....06 STERILISATION MASCULINE.....07 CONTINENCE PERIODIQUE.....08 RETRAIT.....09 AUTRE.....10 (PRECISER) →411
410	Où êtes-vous allée pour obtenir cette méthode la première fois ?  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC .....11 MATERNITE.....12 CENTRE DE SANTE.....13 DISPENSARE.....14 VISITE A DOMICILE.....15 EQUIPE MOBILE.....16 SECTEUR PRIVE AMPF.....21 CLINIQUE.....22 PHARMACIE.....23 MEDECIN/SAGE FEMME.....24 AUTRE PRIVE PARENTE/AMIE.....31 GABLA.....32 AUTRES.....41 (PRECISER) NSP.....98
411	Combien d'enfants vivants aviez-vous à ce moment-là? SI AUCUN, INSCRIRE '00'.	NOMBRE D'ENFANTS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
412	VERIFIER 326: PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SURE	→431
413	VERIFIER 403: FEMME NON STERILISEE <input type="checkbox"/> FEMME STERILISEE <input type="checkbox"/>	→415A
414	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2 →431



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
426	Quelle est la principale raison qui vous a décidée à utiliser (METHODE ACTUELLE DE 415) plutôt qu'une autre méthode de planning familial?	RECOMMANDATION DES AGENTS DU PLANNING FAMILIAL...01 RECOMMANDATION D'AMIS/PARENTS.....02 EFFETS SECONDAIRES DES AUTRES METHODES.....03 COMMODITE.....04 ACCES/DISPONIBILITE.....05 COUT.....06 DESIRE METHODE PERMANENTE.....07 PREFERENCE DU MARI.....09 DESIRE METHODE PLUS EFFICACE...10 AUTRE.....11 (PRECISER) NSP.....98	
427	Avez-vous des problèmes en utilisant (METHODE ACTUELLE)?	OUI.....1 NON.....2	→429
428	Quel est le principal problème?	MARI DESAPPROUVE.....01 EFFETS SECONDAIRES.....02 PROBLEME DE SANTE.....03 ACCES/DISPONIBILITE.....04 COUT.....05 PAS COMMODE A UTILISER.....06 STERILISEE, VEUT DES ENFANTS.....07 AUTRE.....08 (PRECISER) NSP.....98	
429	VERIFIER 415 ET 421:	ELLE/IL EST STERILISE AVANT JANVIER 1986 ELLE/IL EST STERILISE APRES JANVIER 1986	<input type="checkbox"/> →448 <input type="checkbox"/> →431
	NI ELLE NI LUI STERILISE <input type="checkbox"/>		
430	INSCRIRE LE CODE DE LA METHODE DE 415 DANS LA CASE DU MOIS ACTUEL A LA COLONNE 1 DU CALENDRIER DETERMINER ALORS QUAND ELLE A COMMENCE A UTILISER CETTE METHODE CETTE FOIS-CI. INSCRIRE LE CODE DE LA METHODE DANS LA CASE DE TOUS LES MOIS D'UTILISATION.  EXEMPLES DE QUESTIONS: - Quand avez-vous commencé à utiliser cette méthode de façon continue? - Depuis combien de temps utilisez-vous cette méthode de façon continue?		
431	Je voudrais vous poser quelques questions au sujet de toutes les (autres) périodes des dernières années pendant lesquelles vous ou votre mari, vous avez utilisé une méthode pour éviter une grossesse.  UTILISEZ LE CALENDRIER POUR DETERMINER LES PERIODES PRECEDENTES D'UTILISATION ET DE NON-UTILISATION, EN PARTANT DE L'UTILISATION LA PLUS RECENTE ET EN ALLANT JUSQU'EN JANVIER 1986 .  UTILISEZ LE NOM DES ENFANTS, LES DATES DE NAISSANCE ET LES PERIODES DE GROSSESSE COMME POINTS DE REPERE.  POUR CHAQUE MOIS A LA COLONNE 1, INSCRIRE LE CODE DE LA METHODE OU "0" POUR NON-UTILISATION. A LA COLONNE 2, INSCRIRE LE CODE DE DISCONTINUTE A COTE DU DERNIER MOIS D'UTILISATION.  LE NOMBRE DE CODES INSCRITS A LA COLONNE 2 DOIT ETRE LE MEME QUE LE NOMBRE D'INTERRUPTIONS DE L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION DE LA COLONNE 1.  DEMANDEZ POURQUOI ELLE A ARRETE D'UTILISER LA METHODE. SI UNE GROSSESSE A SUIVI, DEMANDEZ SI ELLE EST TOMBEE ENCEINTE SANS LE VOULOIR PENDANT QU'ELLE UTILISAIT LA METHODE, OU SI ELLE A ARRETE DELIBEREMENT POUR TOMBER ENCEINTE.  EXEMPLES DE QUESTIONS: COLONNE 1: -Quand avez-vous utilisé une méthode pour la dernière fois? De quelle méthode s'agissait-il? -Quand avez-vous commencé à utiliser cette méthode? Combien de temps après la naissance de (NOM)? -Combien de temps avez-vous alors utilisé la méthode? COLONNE 2: -Pourquoi avez-vous arrêté d'utiliser la (METHODE)? -Etes-vous tombée enceinte pendant que vous utilisiez la (METHODE), ou avez-vous arrêté pour tomber enceinte ou pour une autre raison? SI ELLE A ARRETE DELIBEREMENT POUR TOMBER ENCEINTE, DEMANDEZ: "Au bout de combien de mois êtes-vous tombée enceinte après avoir arrêté d'utiliser (METHODE)? ET INSCRIRE "0" POUR CHACUN DE CES MOIS A LA COLONNE 1.		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
432	<b>VERIFIER LE CALENDRIER:</b> METHODE UTILISEE AU MOIS DE JANVIER 1986 <input type="checkbox"/> PAS DE METHODE UTILISEE AU MOIS DE JANVIER 1986 <input type="checkbox"/>		→434
433	Je vois que vous utilisiez (METHODE) en Janvier 1986 . Quand aviez-vous commencé à utiliser (METHODE) à ce moment-là?  CETTE DATE NE DOIT PAS PRECEDER LA DATE DE NAISSANCE D'UN ENFANT NE AVANT JANVIER 1986.	MOIS..... ANNEE.....	→438
434	Je vois que vous n'utilisiez pas de méthode de contraception en Janvier 1986. Avez-vous utilisé une méthode avant cette date?	OUI.....1 NON.....2	→438
435	<b>VERIFIER 315:</b> A EU UNE NAISSANCE AVANT JANVIER 1986 <input type="checkbox"/> N'A PAS EU DE NAISSANCE AVANT JANVIER 1986 <input type="checkbox"/>		→437
436	Avez-vous utilisé une méthode entre la naissance de (NOM DU DERNIER ENFANT NE AVANT JANVIER 1986 ) et Janvier 1985?	OUI.....1 NON.....2	→438
437	Quand avez-vous arrêté d'utiliser une méthode la dernière fois, avant Janvier 1986 ?	MOIS..... ANNEE.....	
438	<b>VERIFIER 415 :</b> N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT UNE METHODE <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT LA CONTINENCE PERIODIQUE, LE RETRAIT ET AUTRES METHODES TRADITIONNELLES <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT UNE METHODE MODERNE <input type="checkbox"/>		→448 →444
439	Avez-vous l'intention d'utiliser dans l'avenir une méthode pour retarder une grossesse ou pour éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→441 →444
440	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas l'intention d'utiliser une méthode?	VEUT DES ENFANTS.....01 MANQUE D'INFORMATION.....02 MARI DESAPPROUVE.....03 COUT TROP ELEVE.....04 EFFETS SECONDAIRES.....05 PROBLEMES DE SANTE.....06 DIFFICILE A OBTENIR.....07 RELIGION.....08 OPPOSEE A LA PLANIF. FAMILIALE.....09 FATALISTE.....10 AUTRES PERSONNES DESAPPROUVENT.....11 RAPPORTS SEX. PEU FREQUENTS.....12 DIFFICULTE A TOMBER ENCEINTE.....13 MENOPAUSE/STERILISEE.....14 PAS COMMODE.....15 AUTRE.....17 (PRECISER) NSP.....98	→444
441	Avez-vous l'intention d'utiliser une méthode dans les 12 prochains mois?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
442	Quand vous utiliserez une méthode, quelle méthode préférez-vous utiliser?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTIONS.....03 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....04 CONDOM.....05 STERILISATION FEMININE.....06 STERILISATION MASCULINE.....07 CONTINENCE PERIODIQUE.....08 RETRAIT.....09 AUTRE.....10 (PRECISER) PAS SURE.....98	→444





SECTION 5A. GROSSESSE ET ALLAITEMENT

501	VERIFIER 323 : UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANV. 1986	AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1986			(PASSER A 544)		
502	INSCRIRE LE NOM, LE N° DE LIGNE ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1986 DANS LE TABLEAU. POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE TROIS NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE). Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions à propos de la santé des enfants que vous avez eus durant les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois)						
	N° DE LIGNE DE LA Q. 312	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	VOIR q. 312 ET q. 317	DERNIERE NAISSANCE NOM <input type="text"/>		AVANT-DERNIERE NAISS. NOM <input type="text"/>		AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM <input type="text"/>	
		VIVANT <input type="checkbox"/>	DECEDE <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/>	DECEDE <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/>	DECEDE <input type="checkbox"/>
503	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte <u>à ce moment-là</u> , vouliez-vous attendre <u>plus tard</u> ou vouliez- vous <u>ne plus</u> avoir d'enfant?	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 505)←	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 505)←	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 505)←	PLUS TARD.....2	PLUS TARD.....2	PLUS TARD.....2
		PLUS TARD.....2	PLUS TARD.....2	PLUS TARD.....2	NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 505)←	NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 505)←	NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 505)←
504	Combien de temps auriez-vous voulé attendre?	MOIS.....1 <input type="text"/>	MOIS.....1 <input type="text"/>	MOIS.....1 <input type="text"/>	ANNEES.....2 <input type="text"/>	ANNEES.....2 <input type="text"/>	ANNEES.....2 <input type="text"/>
		NSP.....998	NSP.....998	NSP.....998	NSP.....998	NSP.....998	NSP.....998
505	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous vu quelqu'un pour une consultation concer- nant cette grossesse?  SI OUI, Qui avez-vous vu? Quelqu'un d'autre?  ENCERCLER TOUTES LES PERSONNES VUES.	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A SAGE FEMME.....B INFIRMIERE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADI- TIONNELLE) FORMEE.....D ACCOUCHEUSE TRADI- TIONNELLE.....E AUTRE.....F (PRECISER) PERSONNE.....G (PASSER A 509)←	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A SAGE FEMME.....B INFIRMIERE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADI- TIONNELLE) FORMEE.....D ACCOUCHEUSE TRADI- TIONNELLE.....E AUTRE.....F (PRECISER) PERSONNE.....G (PASSER A 509)←	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A SAGE FEMME.....B INFIRMIERE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADI- TIONNELLE) FORMEE.....D ACCOUCHEUSE TRADI- TIONNELLE.....E AUTRE.....F (PRECISER) PERSONNE.....G (PASSER A 509)←			
506	Vous a-t-on donné une carte prénatale pour cette grossesse?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8			
507	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez vu quelqu'un pour la première fois pour une consultation concer- nant cette grossesse?	MOIS..... <input type="text"/>	MOIS..... <input type="text"/>	MOIS..... <input type="text"/>	NSP.....98	NSP.....98	NSP.....98
508	Combien de visites prénatales avez-vous fait pendant cette grossesse?	NBRE. DE VISITES... <input type="text"/>	NBRE. DE VISITES... <input type="text"/>	NBRE. DE VISITES... <input type="text"/>	NSP.....98	NSP.....98	NSP.....98
509	Quand vous étiez enceinte de (NOM) vous a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'attraper le tétanos, c'est-à-dire les con- vulsions après la naissance?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 511)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 511)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 511)← NSP.....8			
510	Combien de fois avez-vous eu cette injection?	NOMBRE..... <input type="text"/>	NOMBRE..... <input type="text"/>	NOMBRE..... <input type="text"/>	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8

		DERNIERE NAISSANCE NOM	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM
511	Où avez-vous accouché de (NOM)?	A DOMICILE PROPRE MAISON .....11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....21 MATERNITE.....22 MAISON D'ACCOUCHEMENT.23 AUTRES.....24 SECTEUR PRIVE CLINIQUE .....31 AUTRES .....41 (PRECISER)	A DOMICILE PROPRE MAISON .....11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....21 MATERNITE.....22 MAISON D'ACCOUCHEMENT.23 AUTRES.....24 SECTEUR PRIVE CLINIQUE .....31 AUTRES .....41 (PRECISER)	A DOMICILE PROPRE MAISON .....11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....21 MATERNITE.....22 MAISON D'ACCOUCHEMENT.23 AUTRES.....24 SECTEUR PRIVE CLINIQUE .....31 AUTRES .....41 (PRECISER)
512	Qui vous a assistée pour l'accouchement de (NOM)? Quelqu'un d'autre? INSISTER SUR LE GENRE DE PERSONNE ET ENCERCLER TOUTES LES PERSONNES CITEES.	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A SAGE FEMME.....B INFIRMIERE .....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADI- TIONNELLE) FORMEE.....D ACCOUCHEUSE TRADI- TIONNELLE.....E PARENT.....F AUTRE .....G (PRECISER) PERSONNE.....H	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A SAGE FEMME.....B INFIRMIERE .....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADI- TIONNELLE) FORMEE.....D ACCOUCHEUSE TRADI- TIONNELLE.....E PARENT.....F AUTRE .....G (PRECISER) PERSONNE.....H	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A SAGE FEMME.....B INFIRMIERE .....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADI- TIONNELLE) FORMEE.....D ACCOUCHEUSE TRADI- TIONNELLE.....E PARENT.....F AUTRE .....G (PRECISER) PERSONNE.....H
513	(NOM) est-il/elle né(e) à terme ou prématurément?	A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8	A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8	A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8
514	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne?	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
515	Quand (NOM) est né(e), était-il/elle: très gros(se), plus gros(se) que la moyenne, moyen(ne), plus petit(e) que la moyenne, ou très petit(e)?	TRES GROS.....1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE.....2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.....4 TRES PETIT.....5 NSP.....8	TRES GRAND.....1 PLUS GRAND QUE LA MOYENNE.....2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.....4 TRES PETIT.....5 NSP.....8	TRES GRAND.....1 PLUS GRAND QUE LA MOYENNE.....2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.....4 TRES PETIT.....5 NSP.....8
516	(NOM) a-t-il/elle été pesé à la naissance?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 518) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 519) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 519) ←
517	Combien pesait-il/elle?	KILOGRAMMES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	KILOGRAMMES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	KILOGRAMMES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
518	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI .....1 (PASSER A 520) ← NON.....2		
519	INSCRIRE "X" DANS LA COL.3 DU CALENDRIER POUR LE MOIS SUIVANT LE MOIS DE LA NAISSANCE ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'AU MOIS ACTUEL (OU JUSQU'A LA GROSSESSSE ACTUELLE). (PASSER A 521)			
520	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de règles?	INSCRIRE "X" DANS LA COL.3 DU CALENDRIER POUR LE NOMBRE DE MOIS OU LES REGLES SONT ABSENTES EN COMMENCANT PAR LE MOIS SUIVANT LE MOIS DE NAISSANCE. SI MOINS D'UN MOIS, SANS REGLES, INSCRIRE "0" DANS LA COL.3 POUR LE MOIS SUIVANT LE MOIS DE NAISSANCE.		
521	VOIR 326: FEMME ENCEINTE?	PAS ENCEINTE ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 524)		
522	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 524) ← NON.....2		
523	INSCRIRE "X" DANS LA COL.4 DU CALENDRIER POUR LE MOIS SUIVANT LE MOIS DE NAISSANCE ET POUR CHAQUE MOIS ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'AU MOIS ACTUEL. (PASSER A 525)			
524	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?	INSCRIRE "X" DANS LA COL.4 DU CALENDRIER POUR LE MOIS SANS RELATIONS SEXUELLES EN COMMENCANT PAR LE MOIS SUIVANT LE MOIS DE NAISSANCE. SI MOINS D'UN MOIS SANS RELATIONS SEXUELLES, INSCRIRE "0" DANS LA COL.4 DU CALENDRIER POUR LE MOIS SUIVANT LE MOIS DE NAISSANCE.		

		NOM DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS.	AV. AVANT-DERNIERE NAISS.
		NOM	NOM	NOM
525	Avez-vous allaité (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 528)←	OUI.....1 (PASSER A 536)←	OUI.....1 (PASSER A 536)←
		NON.....2	NON.....2	NON.....2
526	INSCRIRE "J" DANS LA COLONNE 5 DU CALENDRIER POUR LE MOIS SUIVANT LE MOIS DE NAISSANCE.			
527	Pourquoi n'avez-vous pas allaité (NOM)?	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AUTRE.....08 (PRECISER) (PASSER A 538)←	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AUTRE.....08 (PRECISER) (PASSER A 538)←	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AUTRE.....08 (PRECISER) (PASSER A 538)←
528	Combien de temps après sa naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois?  SI MOINS DE 1 HEURE, INSCRIRE '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, INSCRIRE DES HEURES. AUTREMENT, INSCRIRE DES JOURS.	IMMEDIATEMENT.....000  HEURES.....1 JOURS.....2		
529	VOIR 317:  ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 536)	DECEDE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 536)	
530	Allaitiez-vous encore (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 536)←		
531	INSCRIRE "X" DANS LA COLONNE 5 DU CALENDRIER POUR LE MOIS SUIVANT LE MOIS DE NAISSANCE, ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'AU MOIS ACTUEL.			
532	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière entre le coucher et lever du soleil?  SI REPONSE NON NUMERIQUE, INSISTER POUR EVALUER LE NOMBRE	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE NUIT	<input type="text"/>	
533	Combien de fois avez-vous allaité hier, pendant les heures de jour?  SI REPONSE NON NUMERIQUE, INSISTER POUR EVALUER LE NOMBRE	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR	<input type="text"/>	
534	A n'importe quel moment hier ou la nuit dernière avez-vous donné à (NOM) une des choses suivantes:			
	Eau?	EAU .....	OUI NON .....1 2	
	Eau sucrée?	EAU SUCREE.....	.....1 2	
	Jus?	JUS.....	.....1 2	
	Thé	THE .....	.....1 2	
	Infusion?	INFUSION .....	.....1 2	
	Lait en boîte pour bébé?	LAIT EN BOITE BEBE....	.....1 2	
	Lait frais?	LAIT FRAIS.....	.....1 2	
	Lait en boîte ou en poudre	LAIT EN BOITE/POUDRE..	.....1 2	
	Autres liquides	AUTRES LIQUIDES.....	.....1 2	
	Aliment solide ou en bouillie?	ALIMENT SOLIDE/ EN BOUILLIE.....	.....1 2	
535	VOIR 534 : NOURRITURE OU LIQUIDE DONNE HIER	"OUI" POUR UN OU PLUS <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 540)	RIEN DU TOUT <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 539)	

	DERNIERE NAISSANCE NON _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NON _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NON _____
536	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM)? INSCRIRE "X" DANS LA COLONNE 5 DU CALENDRIER POUR LE NOMBRE DE MOIS D'ALLAITEMENT, EN COMMENCANT PAR LE MOIS SUIVANT LE MOIS DE NAISSANCE .  SI MOINS D'UN MOIS D'ALLAITEMENT, INSCRIRE "0" DANS LA COLONNE 5 POUR LE MOIS SUIVANT LE MOIS DE NAISSANCE .		
537	Pourquoi avez-vous arrêté d'allaiter (NOM)?  MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE...02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBEE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE _____ 11 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE...02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBEE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE _____ 11 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE...02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBEE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE _____ 11 (PRECISER)
538	VOIR 317: ENFANT VIVANT?  VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 540)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 540)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 540)
539	Avez-vous déjà donné à (NOM) de l'eau, ou quelque chose d'autre à boire ou à manger (autre que le lait maternel)? OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 543)	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 543)	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 543)
540	Combien de mois avait (NOM) quand vous avez commencé à lui donner les choses suivantes de façon régulière?  Lait en boîte ou lait autre que le lait maternel? AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96  Eau? AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96  Autres liquides? AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96  Aliment solide ou en bouillie? AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96  SI MOINS DE 1 HEURE, INSCRIRE '00'.	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96  AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96  AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96  AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96  (PASSER A 543)	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96  AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96  AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96  (PASSER A 543)
541	VOIR 317: ENFANT VIVANT?  VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 543)		
542	(NOM) a-t-il/elle bu quelque chose au biberon, hier ou la nuit dernière? OUI.....1 NON.....2 NSP.....8		
543	RETOURNER A 503 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A 544.		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
544	VOIR 316: NAISSANCE EN 1983, 84 ou 85 ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → 549 NOM DE LA DERNIERE NAISSANCE AVANT 1986: _____ (NOM)		
545	Avez-vous jamais allaité (NOM) au sein?	OUI.....1 NON.....2 → 547	
546	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM)?	MOIS..... <input type="text"/>	
547	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez vous pas eu de règles?	MOIS..... <input type="text"/> REGLES PAS REVENUES.....96	
548	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez vous pas de relations sexuelles?	MOIS..... <input type="text"/> RELATIONS PAS REPRISES.....96	
549	VOIR 501: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANVIER 1986. AUCUNE NAISSANCES DEPUIS JANVIER 1986 <input type="checkbox"/> → 601 (PASSE A 551)		

SECTION 58. VACCINATION ET SANTE

551 NOTER LE NOM ET LE N° DE LIGNE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1986 DANS LE TABLEAU. POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE TROIS NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).

N° DE LIGNE DE LA Q. 312	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------------------	----------------------	----------------------	----------------------

VOIR Q. 312 ET Q. 317	DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS.	AV. AVANT-DERNIERE NAISS.
	NOM <input type="text"/>	NOM <input type="text"/>	NOM <input type="text"/>
	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>

552	Avez-vous une carte de vaccination de (NOM). SI OUI: Puis-je la voir, s'il vous plait?	OUI, VUE.....1 (PASSER A 554)← OUI, NON VUE.....2 (PASSER A 556)← PAS DE CARTE.....3	OUI, VUE.....1 (PASSER A 554)← OUI, NON VUE.....2 (PASSER A 556)← PAS DE CARTE.....3	OUI, VUE.....1 (PASSER A 554)← OUI, NON VUE.....2 (PASSER A 556)← PAS DE CARTE.....3
-----	---	--	--	--

553	Avez-vous jamais eu une carte de vaccination pour (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 556)← NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 556)← NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 556)← NON.....2
-----	--	---	---	---

554	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATIONS POUR CHAQUE VACCIN A PARTIR DE LA CARTE (2) INSCRIRE '44' DANS LA COLONNE 'JOUR', SI LA CARTE INDIQUE QU'UNE VACCINATION A ETE FAITE, MAIS LA DATE N'A PAS ETE REPORTEE.	JOUR MOIS ANNEE	JOUR MOIS ANNEE	JOUR MOIS ANNEE
		BCG	BCG	BCG
	POLIO 1	P1	P1	P1
	POLIO 2	P2	P2	P2
	POLIO 3	P3	P3	P3
	DTCoq 1	D1	D1	D1
	DTCoq 2	D2	D2	D2
	DTCoq 3	D3	D3	D3
	ROUGEOLE	ROU	ROU	ROU

555	(NOM) a-t-il reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur cette carte  ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUETE MENTIONNE LE(S) VACCIN(S) DU BCG, DTCOQ 1-3, POLIO 1-3 ET/OU ROUGEOLE.	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 554)← NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 558)←	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 554)← NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 558)←	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 554)← NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 558)←
-----	---	---	---	---

556	(NOM) a-t-il/elle jamais reçu de vaccination pour lui éviter d'attraper des maladies?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 558)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 558)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 558)← NSP.....8
-----	---	--	--	--

557	S'il vous plait, dites-moi si (NOM) a reçu une des vaccinations suivantes :	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
		OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
		NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>
		OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8

558	VOIR 317: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 560)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 560)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 560)
-----	-----------------------------	---	---	---

559 RETOURNER A 552 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A 590.

	DERNIERE NAISSANCE NON _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NON _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NON _____
560	(NOM) a-t-il/elle eu de la fièvre à un moment quelconque dans les 2 dernières semaines? OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
561	(NOM) a-t-il/elle souffert de la toux à un moment quelconque dans les 2 dernières semaines? OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 565)←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 565)←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 565)←
562	(NOM) a-t-il/elle souffert de la toux dans les dernières 24 heures? OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
563	Combien de jours (a duré la toux/depuis combien de jours dure la toux)? SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00'. JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
564	Quand (NOM) était malade avec la toux, respirait-il/elle plus rapidement que d'habitude avec un souffle court et rapide? OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
565	VOIR 560 ET 560: FIEVRE OU TOUX? "OUI" DANS 560 OU 561 <input type="checkbox"/> AUTRE ↓ (PASSER A 570)	"OUI" DANS 560 OU 561 <input type="checkbox"/> AUTRE ↓ (PASSER A 570)	"OUI" DANS 560 OU 561 <input type="checkbox"/> AUTRE ↓ (PASSER A 570)
566	Est-ce que quelque chose a été donné pour traiter la fièvre/toux? OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 568)←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 568)←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 568)←
567	Qu'est-ce qui a été donné pour traiter la fièvre/toux? Quelque chose d'autre? INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE INJECTION.....A ANTIBIOTIQUE (PILULE OU SIROP).....B ANTI-PALUDEEN (PILULE OU SIROP).....C SIROP CONTRE LA TOUX.....D AUTRE PILULE OU SIROP.....E PILULE OU SIROP INCONNU..F REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE.....H (PRECISER)	INJECTION.....A ANTIBIOTIQUE (PILULE OU SIROP).....B ANTI-PALUDEEN (PILULE OU SIROP).....C SIROP CONTRE LA TOUX.....D AUTRE PILULE OU SIROP.....E PILULE OU SIROP INCONNU..F REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE.....H (PRECISER)	INJECTION.....A ANTIBIOTIQUE (PILULE OU SIROP).....B ANTI-PALUDEEN (PILULE OU SIROP).....C SIROP CONTRE LA TOUX.....D AUTRE PILULE OU SIROP.....E PILULE OU SIROP INCONNU..F REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE.....H (PRECISER)
568	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la fièvre/toux? OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 570)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 570)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 570)←
569	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement? A quelqu'un d'autre? INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A CENTRE DE SANTE.....B DISPENSARE.....C EQUIPE MOBILE.....D PERSONNEL ITINERANT...E SECTEUR PRIVE CLINIQUE.....F PHARMACIE.....G MEDECIN PRIVE.....H AUTRE PRIVE FQIH.....I BOUTIQUE.....J AUTRE.....K (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A CENTRE DE SANTE.....B DISPENSARE.....C EQUIPE MOBILE.....D PERSONNEL ITINERANT...E SECTEUR PRIVE CLINIQUE.....F PHARMACIE.....G MEDECIN PRIVE.....H AUTRE PRIVE FQIH.....I BOUTIQUE.....J AUTRE.....K (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A CENTRE DE SANTE.....B DISPENSARE.....C EQUIPE MOBILE.....D PERSONNEL ITINERANT...E SECTEUR PRIVE CLINIQUE.....F PHARMACIE.....G MEDECIN PRIVE.....H AUTRE PRIVE FQIH.....I BOUTIQUE.....J AUTRE.....K (PRECISER)



		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
570	(NOM) a-t-il/elle eu la diarrhée durant les deux dernières semaines?	OUI.....1 (PASSER A 572)← NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 (PASSER A 572)← NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 (PASSER A 572)← NON.....2 NSP.....8
571	RETOURNER A 552 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL M'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A 590			
572	(NOM) a-t-il/elle eu la diarrhée durant les dernières 24 heures?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
573	Combien de jours (a duré la diarrhée/depuis combien de jours dure la diarrhée)? SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
574	Y avait-il du sang dans les selles?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 578)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 578)
575	VOIR 525/530: DERNIER ENFANT ENCORE ALLAITE?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (PASSER A 578)		
576	Quand (NOM) avait la diarrhée, avez-vous changé le nombre d'allaitements?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 578)←		
577	Avez-vous augmenté ou réduit le nombre de rations, ou avez-vous arrêté complètement?	AUGMENTE.....1 REDUIT.....2 ARRETE COMPLETEMENT.....3		
578	(En dehors du lait maternel) Lui avez-vous donné à boire la même quantité qu'avant la diarrhée, plus, ou moins?	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8
579	Est-ce que quelque chose a été donné pour traiter la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 581)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 581)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 581)← NSP.....8
580	Qu'est-ce qui a été donné pour traiter la diarrhée?  Quelque chose d'autre?  INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE	LIQUIDE DES SACHETS SRO..A LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON.....B COMPRIME OU SIROP.....C INJECTION.....D (I.V.) INTRAVEINEUSE.....E REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....F BOUILLIE EAU DE RIZ.....G SOUPE DE CAROTTES.....H PLUS DE LIQUIDE.....I AUTRE.....J (PRECISER)	LIQUIDE DES SACHETS SRO..A LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON.....B COMPRIME OU SIROP.....C INJECTION.....D (I.V.) INTRAVEINEUSE.....E REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....F BOUILLIE EAU DE RIZ.....G SOUPE DE CAROTTES.....H PLUS DE LIQUIDE.....I AUTRE.....J (PRECISER)	LIQUIDE DES SACHETS SRO..A LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON.....B COMPRIME OU SIROP.....C INJECTION.....D (I.V.) INTRAVEINEUSE.....E REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....F BOUILLIE EAU DE RIZ.....G SOUPE DE CAROTTES.....H PLUS DE LIQUIDE.....I AUTRE.....J (PRECISER)
581	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 583)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 583)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 583)←
582	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement?  A quelqu'un d'autre?  INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A CENTRE DE SANTE.....B DISPENSARE.....C EQUIPE MOBILE.....D PERSONNEL ITINERANT.....E SECTEUR PRIVE CLINIQUE.....F PHARMACIE.....G MEDECIN PRIVE.....H AUTRE PRIVE FQIH.....I BOUTIQUE.....J AUTRE.....K (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A CENTRE DE SANTE.....B DISPENSARE.....C EQUIPE MOBILE.....D PERSONNEL ITINERANT.....E SECTEUR PRIVE CLINIQUE.....F PHARMACIE.....G MEDECIN PRIVE.....H AUTRE PRIVE FQIH.....I BOUTIQUE.....J AUTRE.....K (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A CENTRE DE SANTE.....B DISPENSARE.....C EQUIPE MOBILE.....D PERSONNEL ITINERANT.....E SECTEUR PRIVE CLINIQUE.....F PHARMACIE.....G MEDECIN PRIVE.....H AUTRE PRIVE FQIH.....I BOUTIQUE.....J AUTRE.....K (PRECISER)

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS.	AV. AVANT-DERNIERE NAISS.
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
583	VOIR 580:  LIQUIDE D'UN SACHET SRO CITE	NON, LIQUIDE SRO PAS CITE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 585)	OUI, LIQUIDE SRO CITE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 585)	NON, LIQUIDE SRO PAS CITE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 585)
584	(NOM) a-t-il/elle reçu un sachet d'oralyte quand il/elle avait la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 586)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 586)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 586)← NSP.....8
585	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle reçu le sachet d'oralyte?  SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
586	VOIR 580:  LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON CITE	NON, LIQUIDE MAISON PAS CITE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 588)	OUI, LIQUIDE MAISON CITE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 588)	NON, LIQUIDE MAISON PAS CITE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 588)
587	(NOM) a-t-il/elle reçu un liquide recommandé par le personnel de santé et préparé à la maison avec une solution d'eau salée ou sucrée quand il/elle avait la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 589)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 589)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 589)← NSP.....8
588	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle reçu le liquide préparé avec une solution d'eau salée ou sucrée?  SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
589	RETOURNER A 552 POUR L'ENFANT SUIVANT; OU, S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, PASSER A 590.			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
590	VOIR 580 ET 584 (TOUTES LES COLONNES):  SOLUTION SRO D'UN SACHET DONNEE A UN ENFANT <input type="checkbox"/>	SOLUTION SRO D'UN SACHET DONNEE A AUCUN ENFANT OU 580 ET 584 NON POSEE <input type="checkbox"/>	594
591	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé sachet d'oralyte que vous pouvez obtenir pour le traitement de la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2	593
592	Avez-vous déjà vu un sachet comme celui-ci auparavant? MONTRER LE SACHET.	OUI.....1 NON.....2	597
593	Avez-vous déjà préparé une solution avec un de ces sachets pour traiter la diarrhée pour vous-même ou quelqu'un d'autre? (MONTRER LE SACHET)	OUI.....1 NON.....2	596
594	La dernière fois que vous avez préparé un sachet d'oralyte avez-vous préparé tout le sachet en une fois, ou seulement une partie du sachet?	TOUT LE SACHET EN UNE FOIS.....1 PARTIE DU SACHET.....2	596
595	Combien d'eau avez-vous utilisé pour préparer un sachet d'oralyte la dernière fois que vous l'avez fait?	1 1/2 LITRE.....01 1 LITRE.....02 1 1/2 LITRES.....03 2 LITRES.....04 SELON INSTRUCTIONS DU SACHET...05 AUTRE.....06 (PRECISER) NSP.....98	
596	Où pouvez-vous obtenir le sachet de (NOM LOCAL)? INSISTER: Nulle part ailleurs? INSCRIRE TOUS LES LIEUX CITES	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A CENTRE DE SANTE.....B DISPENSARE.....C EQUIPE MOBILE.....D PERSONNEL ITINERANT.....E SECTEUR PRIVE CLINIQUE.....F PHARMACIE.....G MEDECIN PRIVE.....H AUTRE PRIVE FQIH.....I BOUTIQUE.....J AUTRE.....K (PRECISER)	
597	VOIR 580 ET 587 (TOUTES LES COLONNES):  LIQUIDE RECOMMANDE ET PREPARE A LA MAISON DONNE A UN ENFANT <input type="checkbox"/>	LIQUIDE RECOMMANDE ET PREPARE A LA MAISON DONNE A AUCUN ENFANT OU 580 ET 587 NON POSEE <input type="checkbox"/>	601
598	Où avez-vous appris à préparer le liquide recommandé et fait à la maison avec (INGREDIENTS RECOMMANDES) que vous avez donnée à (NOM) quand il/elle avait la diarrhée?	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A CENTRE DE SANTE.....B DISPENSARE.....C EQUIPE MOBILE.....D PERSONNEL ITINERANT.....E SECTEUR PRIVE CLINIQUE.....F PHARMACIE.....G MEDECIN PRIVE.....H AUTRE PRIVE FQIH.....I BOUTIQUE.....J AUTRE.....K (PRECISER)	



	[8]	[9]	[10]	[11]	[12]	[13]	[14]
602 Quel nom a été donné à votre frère ou soeur né le 1er (né après NOM)?	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
603 (NOM) est-il/elle de sexe masculin ou féminin?	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2
604 Est-ce que (NOM) est encore en vie?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 607 NSP.....8 PASSER A [9]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 607 NSP.....8 PASSER A [10]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 607 NSP.....8 PASSER A [11]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 607 NSP.....8 PASSER A [12]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 607 NSP.....8 PASSER A [13]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 607 NSP.....8 PASSER A [14]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 607 NSP.....8 PASSER A [15]
605 Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> SI < 15 ANS PASSER A [9]	<input type="text"/> SI < 15 ANS PASSER A [10]	<input type="text"/> SI < 15 ANS PASSER A [11]	<input type="text"/> SI < 15 ANS PASSER A [12]	<input type="text"/> SI < 15 ANS PASSER A [13]	<input type="text"/> SI < 15 ANS PASSER A [14]	<input type="text"/> SI < 15 ANS PASSER A [15]
606 Est-ce que (NOM) est ou a été marié(e)?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [9]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [10]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [11]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [12]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [13]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [14]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [15]
607 Combien d'années y-a-t-il que (NOM) est décédé(e)?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
608 Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [9]	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [10]	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [11]	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [12]	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [13]	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [14]	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [15]
609 Est-ce que (NOM) a été marié(e)?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [9]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [10]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [11]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [12]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [13]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [14]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [15]
610 Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est décédée?	OUI.....1 PASSER A 613 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 613 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 613 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 613 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 613 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 613 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 613 NON.....2
611 Est-ce que (NOM) est décédée pendant un accouchement?	OUI.....1 PASSER A 616 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 616 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 616 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 616 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 616 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 616 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 616 NON.....2
612 Est-ce que (NOM) est décédée dans les 2 mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 614	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 614	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 614	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 614	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 614	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 614	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 614
613 Est-ce que le décès de (NOM) était en rapport avec la grossesse/suite de l'accouchement?	OUI.....1 PASSER A 616 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A 616 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A 616 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A 616 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A 616 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A 616 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A 616 NON.....2 NSP.....8
614	VOIR q.607-608: DECES SURVENU ENTRE 15 ET 50 ANS ET DURANT LES 20 DERNIERES ANNEES						
	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> PASSER A Q.616	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> PASSER A Q.616	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> PASSER A Q.616	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> PASSER A Q.616	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> PASSER A Q.616	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> PASSER A Q.616	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> PASSER A Q.616
615 De quoi (NOM) est-elle morte?	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
616 Combien de grossesses a eu (NOM) (y compris celle au cours/à la suite de laquelle elle est décédée)?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

614	Je voudrais être sûre d'avoir bien compris. En tout, votre mère a donné naissance à ___ enfants y compris vous ?	OUI <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ↓	NON <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> → VERIFIER ET CORRIGER			
615	Parmi vos frères, ___ sont décédés ?	OUI <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ↓	NON <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> → VERIFIER ET CORRIGER			
616	Parmi vos soeurs, ___ sont décédées?	OUI <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ↓	NON <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> → VERIFIER ET CORRIGER			
617	Y-at-il une ou plusieurs de vos soeurs (de votre propre mère) ayant plus de 14 ans qui vit dans ce ménage ?					
	OUI <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ↓	NON <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> → (PASSER A 701)				
	VERIFIER AVEC L'ENQUETEE QUELLES FEMMES ELIGIBLES DU QUESTIONNAIRE MENAGE SONT SES SOEURS ET INSCRIRE LEUR NUMERO DE LIGNE CI-DESSOUS.					
	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>

SECTION 7. PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
701	<p>VOIR 415:</p> <p>NI ELLE NI LUI STERILISE <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STERILISE(E) <input type="checkbox"/></p>		707
702	<p>VOIR 201:</p> <p>ACTUELLEMENT MARIEE <input type="checkbox"/> VEUVE OU DIVORCEE <input type="checkbox"/></p>		714
703	<p>VOIR 326:</p> <p>PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>Maintenant j'ai quelques questions au sujet de de l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants?</p>	<p>AVOIR UN (AUTRE) ENFANT.....1            PAS D'AUTRE/AUCUN.....2            DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE.....3            PAS DECIDEE OU NSP.....8</p>	710
704	<p>VOIR 326:</p> <p>PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'(un/autre) enfant?</p>	<p>MOIS.....1            ANNEES.....2            BIENTOT/MAINTENANT.....994            DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE.....995            AUTRE (PRECISER) 996            NSP.....998</p>	710
705	<p>VOIR 317 ET 326:</p> <p>A UN/DES ENFANT(S) VIVANT(S) OU ENCEINTE? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>		710
706	<p>VOIR 326:</p> <p>PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>Quel âge voudriez-vous que votre plus jeune enfant ait atteint quand votre prochain enfant naîtra?</p>	<p>AGE DU PLUS JEUNE ANNEES.....            NSP.....98</p>	710
707	<p>Dans votre situation actuelle, si vous aviez à le refaire, pensez-vous que (vous/votre mari) prendriez la même décision d'être stérilisé(e)?</p>	<p>OUI.....1            NON.....2</p>	
708	<p>Regrettez-vous que (vous/votre mari) (ayez/ait) eu l'opération pour ne (pas/plus) avoir d'enfant?</p>	<p>OUI.....1            NON.....2</p>	712
709	<p>Pourquoi le regrettez-vous?</p>	<p>ENQUETEE VEUT UN AUTRE ENFANT...1            CONJOINT VEUT UN AUTRE ENFANT...2            EFFETS SECONDAIRES.....3            AUTRE RAISON (PRECISER) 4</p>	712

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A		
710	Avez-vous déjà discuté avec votre mari du nombre d'enfants que vous voudriez avoir?	OUI.....1 NON.....2			
711	Pensez-vous que votre mari souhaite le <u>même</u> nombre d'enfants que vous, en veut <u>davantage</u> ou <u>moins</u> que vous?	MEME NOMBRE .....1 PLUS D'ENFANTS.....2 MOINS D'ENFANTS.....3 NSP.....8			
712	<p>VOIR 317:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>A UN/DES ENFANT(S) VIVANT(S) <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si vous pouviez recommencer à partir de l'époque où vous n'aviez pas d'enfants, et si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>N'A PAS D'ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> </td> </tr> </table> <p>ENREGISTRER UN SIMPLE NOMBRE OU AUTRE REPONSE.</p>	<p>A UN/DES ENFANT(S) VIVANT(S) <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si vous pouviez recommencer à partir de l'époque où vous n'aviez pas d'enfants, et si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p>	<p>N'A PAS D'ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p>	<p>NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE REPONSE _____ 96 (PRECISER)</p>	
<p>A UN/DES ENFANT(S) VIVANT(S) <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si vous pouviez recommencer à partir de l'époque où vous n'aviez pas d'enfants, et si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p>	<p>N'A PAS D'ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p>				
713	D'après vous quel est le meilleur intervalle en mois ou en années entre la naissance d'un enfant et la naissance de l'enfant suivant?	MOIS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE .....996 (PRECISER)			



SECTION 8. CARACTERISTIQUES DU CONJOINT, RESIDENCE ET ACTIVITE PROFESSIONNELLE DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
801	VOIR 201: A ETE MARIEE <input type="checkbox"/> CELIBATAIRE <input type="checkbox"/> ↓ POSER LES QUESTIONS SUR LE MARI ACTUEL OU LE PLUS RECENT		808
802	Est-ce que votre (dernier) mari a fréquenté l'école?	OUI.....1 NON.....2	805
803	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint: primaire, secondaire ou supérieur?	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE.....2 SUPERIEUR.....3 NSP.....8	805
804	Quelle est la dernière (classe/année) qu'il a achevée à ce niveau?	CLASSE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	
805	Quel est (était) le genre de travail principal de votre (dernier) mari?	<input type="text"/> <input type="text"/> _____ _____ _____	
806	VOIR 805: TRAVAILLE (TRAVAILLAIT) DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE (TRAVAILLAIT) PAS DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/> ↓		808
807	Est-ce que votre mari (travaille/travaillait) principalement sur sa terre ou celle de sa famille, ou est-ce qu'il (loue/louait) la terre ou est-ce qu'il (travaille/travaillait) sur la terre de quelqu'un d'autre?	CHAMP PERSONNEL/FAMILIAL.....1 CHAMP LOUE.....2 CHAMP DE QUELQU'UN D'AUTRE.....3	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
808	Depuis Janvier 1986 avez-vous vécu dans une seule ou dans plusieurs localités?	UNE LOCALITE.....1 PLUS D'UNE LOCALITE.....2	810
809	INSCRIRE (A LA COLONNE 7 DU CALENDRIER) LE CODE CORRESPONDANT A LA LOCALITE ACTUELLE (*1 <sup>m</sup> RABAT-CASA, *2 <sup>m</sup> GRANDE VILLE, *3 <sup>m</sup> VILLE, *4 <sup>m</sup> CAMPAGNE). COMMENCER PAR LE MOIS DE L'INTERVIEW ET CONTINUER AVEC TOUS LES MOIS PRECEDENTS JUSQU'EN JANVIER 1986.		811
810	En quel mois et quelle année vous êtes-vous installée à (NOM DE LA LOCALITE DE L'INTERVIEW)? INSCRIRE (A LA COLONNE 7 DU CALENDRIER) *X <sup>m</sup> POUR LE MOIS ET L'ANNEE DE L'INSTALLATION, ET POUR LES MOIS POSTERIEURS INSCRIRE LE CODE CORRESPONDANT AU TYPE DE LOCALITE (*1 <sup>m</sup> RABAT-CASA, *2 <sup>m</sup> GRANDE VILLE, *3 <sup>m</sup> VILLE, *4 <sup>m</sup> CAMPAGNE). CONTINUER EN DETERMINANT LES LOCALITES PRECEDENTES ET ENREGISTRER LES DEMENAGEMENTS ET LES TYPES DE LOCALITES EN CONSEQUENCE.  EXEMPLES DE QUESTIONS - Où viviez-vous avant....? - En quel mois et quelle année êtes-vous arrivé là? - Est-ce que cette localité est une grande ville, une ville ou un village?		
811	SE REFERER AU LIEU DE RESIDENCE EN JANVIER 1986: Quand vous êtes-vous installée à (LIEU DE RESIDENCE EN JANVIER 1986)	A VECU LA DEPUIS LA NAISSANCE..96 MOIS..... NSP MOIS.....98 ANNEE..... NSP ANNEE.....98	813
812	La localité d'où vous veniez était-elle une grande ville, une ville ou était-ce à la campagne?	GRANDE VILLE.....1 VILLE.....2 CAMPAGNE.....3	
813	Je voudrais vous poser quelques questions à propos du travail. En dehors du travail domestique, travaillez-vous actuellement?	OUI.....1 NON.....2	817
814	Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. D'autres vendent des choses, ont une petite affaire ou travaillent dans les champs ou dans l'affaire de la famille. Faites-vous actuellement un travail de ce genre?	OUI.....1 NON.....2	817
815	Avez-vous travaillé depuis Janvier 1986?	OUI.....1 NON.....2	817
816	INSCRIRE *0 <sup>m</sup> A LA COLONNE 8 DU CALENDRIER POUR CHAQUE MOIS DE JANV. 1986 JUSQU'AU MOIS ACTUEL		821
817	Quelle est (était) votre (plus récente) occupation? C'est-à-dire, quel genre de travail faites-vous (faisiez-vous)?		
818	UTILISER LE CALENDRIER POUR DETERMINER TOUTES LES PERIODES DE TRAVAIL, EN PARTANT DU TRAVAIL ACTUEL OU LE PLUS RECENT, ALLER JUSQU'EN JANVIER 1986. INSCRIRE LE CODE POUR 'NE TRAVAILLE PAS' OU POUR LE GENRE DE TRAVAIL A LA COLONNE 8.  EXEMPLES DE QUESTIONS - Quand avez-vous commencé ce travail (et quand avez-vous fini)? - Que faisiez-vous avant? - Combien de temps avez-vous travaillé à ce moment-là? - Etiez-vous à votre compte ou une employée? - Etiez-vous payée pour ce travail? - Travailliez-vous à la maison ou en dehors de chez vous?		



SECTION 9. TAILLE ET POIDS

901 VERIFIER 316, 317: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANVIER 1986	<input type="checkbox"/> ↓	AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1986 <input type="checkbox"/> → FIN
--	-------------------------------	--

ENQUETRIC: EN 902(COLONNES 2-4) ENREGISTRER LE N° DE LIGNE DE CHAQUE ENFANT NE DEPUIS JANVIER 1986 ET ENCORE EN VIE.  
 EN 903 ET 904 ENREGISTRER LE NOM ET LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENQUETEE ET DE CHAQUE ENFANT ENFANT EN VIE, NE DEPUIS JANVIER 1986. EN 906 ET 908 NOTER LA TAILLE ET LE POIDS DE L'ENQUETEE ET DES ENFANTS VIVANTS.  
 (NOTE: TOUTES LES ENQUETES AVEC UNE NAISSANCE OU PLUS DEPUIS JANVIER 1986 DOIVENT ETRE PESEES ET MESUREES MEME SI TOUS LES ENFANTS SONT DECEDES).  
 (S'IL Y A PLUS DE 3 ENFANTS VIVANTS NES DEPUIS JANVIER 1986, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).

	1 ENQUETEE	2 DERNIER ENFANT EN VIE	3 AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE	4 AVANT-AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE
902 N° DE LIGNE DE LA Q.312		□ □	□ □	□ □
903 NOM, DE LA Q.312 POUR LES ENFANTS	(NOM) _____	(NOM) _____	(NOM) _____	(NOM) _____
904 DATE DE NAISSANCE DE Q.105 POUR L'ENQUETEE DE Q.316 POUR LES ENFANTS ET DEMANDEZ LE JOUR DE NAISSANCE	MOIS..... □ □ ANNEE..... □ □	JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE..... □ □	JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE..... □ □	JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE..... □ □
905 CICATRICE DU BCG EN HAUT DE L'EPAULE GAUCHE		CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2	CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2	CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2
906 TAILLE (en centimètres)	□ □ □ . □	□ □ □ . □	□ □ □ . □	□ □ □ . □
907 LES ENFANTS ONT-ILS ETE MESURES COUCHEES OU DEBOUT?		COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2
908 POIDS (en kilogrammes)	□ □ □ . □	0 □ □ □ . □	0 □ □ □ . □	0 □ □ □ . □
909 DATE DE PESEE ET DE MESURE	JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE..... □ □	JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE..... □ □	JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE..... □ □	JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE..... □ □
910 RESULTAT	MESURE.....1 ABSENTE.....3 REFUSE.....4 AUTRE.....6  (PRECISER)	ENFANT MESURE..1 ENFANT MALADE..2 ENFANT ABSENT..3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE...5 AUTRE.....6  (PRECISER)	MESURE.....1 ENFANT MALADE..2 ENFANT ABSENT..3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE...5 AUTRE.....6  (PRECISER)	MESURE.....1 ENFANT MALADE..2 ENFANT ABSENT..3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE...5 AUTRE.....6  (PRECISER)
911 NOM DE L'OPERATEUR:	□ □	NOM DE L'ASSISTANT:		□ □

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

Commentaires sur l'enquêtée: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Commentaires sur des questions particulières: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autres commentaires: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OBSERVATIONS DE L'AIDE CONTROLEUSE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom de l'aide contrôléuse: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**OBSERVATIONS DU CONTROLEUR**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom du contrôleur: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

