

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ ET À INDICATEURS MULTIPLES (EDSN-MICS IV), 2012

QUESTIONNAIRE FEMME



IDENTIFICATION																																	
NOM DE LA LOCALITÉ _____ NUMÉRO DE GRAPPE NUMÉRO DE CONCESSION _____ NOM ET PRENOM DU CHEF DE MÉNAGE _____ NUMÉRO DU MÉNAGE _____ RÉGION MILIEU DE RESIDENCE (URBAIN=1, RURAL=2) NIAMEY/CHEF-LIEU REGION/AUTRE VILLE/RURAL (NIAMEY=1, CHEF-LIEU REGION=2, AUTRE VILLE=3, RURAL=4) ... ZONE D'INTERVENTION DE L'UNICEF (OUI=1, NON=2, COMMUNE=3) NOM /PRENOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;">N. GRAPPE .</td> <td style="width:10%;"><input type="text"/></td> <td style="width:10%;"><input type="text"/></td> <td style="width:10%;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>N. CONCES..</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>N. MÉNAGE</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>RÉGION</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>MILIEU</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>MILIEU (DÉTAILLÉ) ...</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>ZONE UNICEF</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>N^o DE LIGNE ...</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	N. GRAPPE .	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	N. CONCES..	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	N. MÉNAGE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	RÉGION	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MILIEU	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MILIEU (DÉTAILLÉ) ...	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ZONE UNICEF	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	N ^o DE LIGNE ...	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N. GRAPPE .	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																														
N. CONCES..	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																														
N. MÉNAGE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																														
RÉGION	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																														
MILIEU	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																														
MILIEU (DÉTAILLÉ) ...	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																														
ZONE UNICEF	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																														
N ^o DE LIGNE ...	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																														

VISITES D'ENQUÊTRICE								
	1	2	3	VISITE FINALE				
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	MOIS <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	ANNÉE <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td></tr></table>	2	0	1	2
2	0	1	2					
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		ENQUÊTRICE <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
HEURE	_____	_____		RÉSULTAT <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
*CODES RÉSULTAT : 1 REMPLI 4 REFUSÉ 2 PAS À LA MAISON 5 REMPLI PARTIELLEMENT 7 AUTRE _____ (PRÉCISER) 3 DIFFÉRÉ 6 INCAPACITÉ								

CODES LANGUE : 1 Français 4 Tamasheq 7 Arabe 2 Haoussa 5 Fulfuldé 8 Gourmantchéma 3 Zarma 6 Kanouri/Toubou 9 Autres	LANGUE DE L'INTERVIEW <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> INTERPRÈTE (OUI=1, NON=2) <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		

CONTROLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR				
NOM _____	NOM _____	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		
DATE _____	DATE _____	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT APRES INFORMATIONS

CONSENTEMENT ECLAIRE

Bonjour. Je m'appelle _____. Je travaille pour l'Institut National de la Statistique. Nous effectuons une enquête nationale sur la santé au Niger. Les informations que nous collectons aideront notre 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 1h et 1h 30mn. 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 d'y participer car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

Avez-vous des questions sur l'enquête ?
Puis-je commencer l'entretien maintenant ?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE : _____ DATE: _____

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

↓

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
101	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURE <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 102 ET/OU 103 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	Êtes-vous allée à l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 108
105	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 2 SUPÉRIEUR 3	
106	Quel est (l'année/classe) la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ? SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	CLASSE/ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/>	
107	VÉRIFIEZ 105: PRIMAIRE <input type="checkbox"/> SECONDAIRE OU SUPERIEUR <input type="checkbox"/>		→ 110

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
108	Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase. MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉE. SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ: Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT 1 PEUT SEULEMENT LIRE DES PARTIES DE LA PHRASE 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DE L'ENQUÊTÉE 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE 5	
109	VÉRIFIEZ 108: CODE '2', '3' OU '4' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓	CODE '1' OU '5' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	→ 111
110	Lisez-vous un journal ou un magazine au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 2 PAS DU TOUT 3	
111	Écoutez-vous la radio au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 2 PAS DU TOUT 3	
112	Regardez-vous la télévision au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 2 PAS DU TOUT 3	
115	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous dormi ailleurs que chez vous pour une ou plusieurs nuits ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 201
116	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été absente de chez vous pendant plus d'un mois d'affilée ?	OUI 1 NON 2	

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

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

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel prénom a été donné à votre enfant suivant ? INSCRIVEZ LE PRENOM. N° DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	(PRENOM) est-il un garçon ou une fille ?	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?	En quel mois et quelle année est né (PRENOM) ? INSISTEZ : Quelle est sa date de naissance ?	(PRENOM) est-elle encore en vie ?	Quel âge avait (PRENOM) à son dernier anniversaire ? INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(PRENOM) vit-elle avec vous ?	INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. (INSCRIVEZ 00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE).	Quel âge avait (PRENOM) quand il/elle est décédé ? SI '1 AN', INSISTEZ : Combien de mois avait (NOM) ? INSCRIVEZ EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANNÉES.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (PRENOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (PRENOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?
08	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE 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 AJOUTEZ ↓ NAISS. NON 2 NAISS. ↓ SUIVANTE
09	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE 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 AJOUTEZ ↓ NAISS. NON 2 NAISS. ↓ SUIVANTE
10	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE 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 AJOUTEZ ↓ NAISS. NON 2 NAISS. ↓ SUIVANTE
11	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE 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 AJOUTEZ ↓ NAISS. NON 2 NAISS. ↓ SUIVANTE
12	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE 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 AJOUTEZ ↓ NAISS. NON 2 NAISS. ↓ SUIVANTE
N°	QUESTIONS ET FILTRES					CODES			PASSEZ À
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (PRENOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ? SI OUI, INSCRIVEZ LA/LES NAISSANCE DANS LE TABLEAU.					OUI 1 NON 2			
223	COMPAREZ 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHEZ :								
NOMBRES SONT ÉGAUX		<input type="checkbox"/>	NOMBRES SONT DIFFÉRENTS		<input type="checkbox"/>	(INSISTEZ ET CORRIGEZ)			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
223A	<p>VÉRIFIEZ 217 : A UN ENFANT DE 4 À 6 (217=04 OU 05 OU 06 ANS RÉVOLUS) ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>PRÉNOM DU PLUS JEUNE ENFANT (VENANT DE Q.212):</p> <p>(SI DES JUMEAUX, PRENEZ CELUI ENREGISTRÉ EN DERNIER).</p>		→ 224
223B	<p>Qui participe le plus souvent à l'encadrement de (PRÉNOM DE L'ENFANT DE LA Q.223A) par l'animation d'activités d'éveil ?</p>	<p>PÈRE 1</p> <p>MÈRE 2</p> <p>AUTRE 3</p> <p>AUCUN MEMBRE DU MENAGE 4</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→ 224
223C	<p>En quoi consistent ces activités d'éveil ?</p>	<p>LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRÉS A</p> <p>RACONTER DES HISTOIRES B</p> <p>CHANTER DES CHANSONS Y COMPRIS DES BERCEUSES C</p> <p>EMMENER EN PROMENADE D</p> <p>JOUER AVEC LUI E</p> <p>PASSER DU TEMPS A COMPTER/ DESSINER/NOMMER DES OBJETS ... F</p> <p>AUTRE X</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p>	
224	<p>VÉRIFIEZ 215 :</p> <p>INSCRIVEZ LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2007 OU PLUS TARD</p>	<p>NOMBRE DE NAISSANCES <input type="checkbox"/></p> <p>AUCUNE 0</p>	→ 226

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
225	<p>C POUR CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2007, INSCRIVEZ 'N' AU MOIS DE NAISSANCE DU CALENDRIER. INSCRIVEZ LE PRENOM DE L'ENFANT À GAUCHE DU CODE 'N'. POUR CHAQUE NAISSANCE, DEMANDEZ LE NOMBRE DE MOIS 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).</p>		
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. <p>C INSCRIVEZ 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL DE MOIS RÉVOLUS.</p>	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Quand vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI 1 NON 2	→ 230
229	Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas/plus d'enfant ?	PLUS TARD 1 NE PAS/NE PLUS AVOIR D'ENFANT .. 2	
230	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI 1 NON 2	→ 238
231	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
231A	Cette grossesse s'est-elle terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	FAUSSE COUCHE 1 AVORTEMENT 2 MORT NÉ 3	
232	VÉRIFIEZ 231 : DERNIERE GROSSESSE TERMINEE EN JAN. 2007 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> DERNIERE GROSSESSE TERMINEE AVANT JAN. 2007 <input type="checkbox"/>		→ 238
233	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ? <p>C INSCRIVEZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIVEZ 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.</p>	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
234	Depuis janvier 2007, avez-vous eu d'autres grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante ?	OUI 1 NON 2	→ 236
235	DEMANDEZ LA DATE ET LA DURÉE DE LA GROSSESSE POUR CHAQUE GROSSESSE PRÉCÉDENTE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE, EN REMONTANT JUSQU'À JANVIER 2007. <p>C INSCRIVEZ 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ CHAQUE GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.</p>		
236	Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant 2007 et qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI 1 NON 2	→ 238
237	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2007 ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
237A	Cette grossesse s'est-elle terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	FAUSSE COUCHE 1 AVORTEMENT 2 MORT NE 3	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À								
238	Quand vos dernières règles ont-elles commencé ? <u>(INSCRIVEZ LA DATE SI ELLE EST DONNÉE)</u>	IL Y A JOURS 1 <table border="1" data-bbox="1217 152 1318 208"><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A SEMAINES ... 2 <table border="1" data-bbox="1217 208 1318 264"><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A MOIS 3 <table border="1" data-bbox="1217 264 1318 320"><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A ANNÉES ... 4 <table border="1" data-bbox="1217 320 1318 376"><tr><td></td><td></td></tr></table> EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE ... 994 AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995 JAMAIS EU DE RÈGLES 996									
239	Entre la période des règles et les règles suivantes, est-ce qu'il y a une période où les femmes ont plus de chances de tomber enceintes ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	↘ 301								
240	Est-ce que cette période se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles soient terminées ou bien au milieu de deux périodes de règles ?	JUSTE AVANT QUE LES RÈGLES COMMENCENT 1 PENDANT LES RÈGLES 2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES 3 AU MILIEU, ENTRE DEUX PÉRIODES 4 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8									

SECTION 3. CONTRACEPTION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
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. De quelles MÉTHODES avez-vous déjà entendu parler ?		
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 <i>plus avoir d'enfants</i> .	OUI 1 NON 2	
03	DIU . INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin ou une infirmière leur place dans l'utérus.	OUI 1 NON 2	
04	Injectables . INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé qui les empêche de tomber enceinte pendant deux mois ou plus.	OUI 1 NON 2	
05	Implants . INSISTEZ : Les femmes peuvent se faire insérer par un médecin ou une infirmière un batonnet ou plus sous la peau du haut du bras pour les empêcher de tomber enceinte, pendant une année ou plus.	OUI 1 NON 2	
06	Pilule . INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.	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	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) .	OUI 1 NON 2	
10	Méthode du rythme . INSISTEZ : Les femmes peuvent éviter une grossesse en évitant d'avoir des rapports sexuels les jours du mois où elles ont le plus de chances de tomber enceintes.	OUI 1 NON 2	
11	Retrait . INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI 1 NON 2	
12	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	
13	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes qu'une femme ou un homme peut utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI 1 _____ (PRÉCISEZ) _____ (PRÉCISEZ) NON 2	
302	VÉRIFIEZ 226 : PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/>		→ 311
303	Faites-vous actuellement quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 311

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A						
304	<p>Quelle(s) méthode(s) utilisez-vous ?</p> <p>ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> <p>SI PLUS D'UNE MÉTHODE EST MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTION DE PASSAGE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE A</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE B</p> <p>DIU C</p> <p>INJECTABLES D</p> <p>IMPLANTS E</p> <p>PILULE F</p> <p>CONDOM G</p> <p>CONDOM FÉMININ H</p> <p>MAMA I</p> <p>MÉTHODE DU RYTHME J</p> <p>RETRAIT K</p> <p>AUTRE MÉTHODE MODERNE ... X</p> <p>AUTRE MÉTHODE TRADITION. ... Y</p>	<p>→ 307</p> <p>→ 308A</p> <p>→ 306</p> <p>→ 308A</p>						
305	<p>Quelle est la marque de pilule que vous utilisez actuellement ?</p> <p>SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.</p>	<p>LO-FEMENAL 01</p> <p>STEDIRIL 02</p> <p>OVRETTE 03</p> <p>MINIDRIL 04</p> <p>ADEPAL 05</p> <p>MICROGYNON 06</p> <p>SUTURA 07</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	→ 308A						
306	<p>Quelle est la marque de condom que vous utilisez actuellement ?</p> <p>SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.</p>	<p>FOULA 01</p> <p>SULTAN 02</p> <p>MANEX 03</p> <p>CONDOM FEMININ 04</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	→ 308A						
307	<p>Dans quel établissement a été effectuée la stérilisation ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINEZ SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>MATERNITE CENTRALE DE REFERENCE 11</p> <p>MATERNITE DE CHR 12</p> <p>MATERNITE DES HD 13</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 16 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ 23</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (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>								
308A	<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 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>							

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
308B	VÉRIFIEZ 305 : <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> CODE '07' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> CODE '07' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 308B3
308B1	Avez-vous entendu parler d'un "produit" dénommé SUTURA ?	OUI 1 NON 2	→ 308B3
308B2	Qu'est-ce que c'est (SUTURA) ?	UN PRODUIT CONTRACEPTIF OU PILULE/ ESPACEMENT DE NAISSANCE/PF 1 AUTRES 6 NSP 8	
308B3	VÉRIFIEZ 306 : <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> CODE '01' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> CODE '01' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 308B6
308B4	Avez-vous entendu parler d'un "produit" dénommé FOULA ?	OUI 1 NON 2	→ 308B6
308B5	Qu'est-ce que c'est (FOULA) ?	UN PRODUIT CONTRACEPTIF/ ESPACEMENT DE NAISSANCE/PF 1 AUTRES 6 NSP 8	
308B6	Avez-vous entendu sur la radio une serie radiophonique qui s'appelle "les aventures de Foula" ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
308B7	Avez-vous déjà participé à un club d'écoute des sketches aventures de FOULA ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	→ 309
308B8	Où avez-vous participé à un club d'écoute ?	DANS UNE CLASSE 1 DANS UNE ONG/FADA 2 DANS UN CSI 3 DANS UNE GARE ROUTIÈRE 4 AU VILLAGE VOISIN 5	
309	VÉRIFIEZ 308/308A, 215 ET 231 : AUCUNE NAISSANCE OU GROSSESSE TERMINÉE APRÈS MOIS ET ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 308/308A <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> OUI <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> NON <input type="checkbox"/> ↓ </div> </div> RETOURNEZ À 308/308A, INSISTEZ ET INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE (QUI DOIT ÊTRE APRÈS LA DERNIÈRE NAISSANCE OU LA FIN DE LA DERNIÈRE GROSSESSE).		
310	VÉRIFIEZ 308/308A : <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> L'ANNÉE EST 2007 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> L'ANNÉE EST 2006 OU AVANT <input type="checkbox"/> ↓ </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 45%;"> <p>C INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE DE LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION.</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>C INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE DE LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À JANVIER 2007.</p> </div> </div> PUIS PASSER À → 322		

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
315	Vous avez commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) en (DATE de Q.308/308A). Où l'avez-vous obtenue à ce moment-là ?	SECTEUR PUBLIC PHARMACIE 11 MATERNITE CENTRALE DE REFERENCE 12 MATERNITE DU CHR 13 MATERNITE DE HD 14 CENTRE SANTE INTEGRE 15 CASE DE SANTE 16 CLINIQUE MOBILE 17 AUTRE SECTEUR PUBLIC 18 (PRÉCISEZ)	
315A	Où avez-vous appris comment utiliser la méthode du rythme/MAMA ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 PHARMACIE 22 CLINIQUE MOBILE 24 CENTRE ANBEF 25 KIOSQUE ROUTIER 26 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 28 (PRÉCISEZ) AUTRE ENDROIT BOUTIQUE 31 INSTITUTION RELIGIEUSE 32 AMI/PARENTS 33 PHARMACIE PAR TERRE/AMBULANT 34 RELAI COMMUNAUTAIRE 35 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	
316	VÉRIFIEZ 304 : ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE : S'IL Y A PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.	DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 MAMA 11 MÉTHODE DU RYTHME 12	→ 323 → 320 → 326 → 326
317	À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes que vous pourriez avoir en utilisant cette méthode ?	OUI 1 NON 2	→ 319
317A	Quand vous avez été stérilisée, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes que vous pourriez avoir à cause de la méthode ?		

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
318	Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a parlé des effets secondaires ou des problèmes que vous pourriez avoir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI 1 NON 2	→ 320
319	Vous a-t-on dit ce qu'il fallait faire si vous aviez ces effets secondaires ou ces problèmes ?	OUI 1 NON 2	
320	VÉRIFIEZ 317 : <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>CODE '1' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pourriez utiliser ?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>CODE '1' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>Quand vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE DE 314) de (ENDROIT DE 307 OU 315), vous a-t-on parlé d'autres méthodes de PF que vous pouviez utiliser ?</p> </div> </div>	OUI 1 NON 2	→ 322
321	Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?	OUI 1 NON 2	
322	VÉRIFIEZ 304 : ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE : S'IL Y A PLUS D'UN CODE ENCECLÉ À 304, ENCECLÉZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 MAMA 11 MÉTHODE DU RYTHME 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE MODERNE 95 AUTRE MÉTHODE TRADITION. 96	→ 326 → 326 → 326
323	Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC PHARMACIE 11 MATERNITE CENTRALE DE REFERENCE 12 MATERNITE DU CHR 13 MATERNITE DE HD 14 CENTRE SANTE INTEGRE 15 CASE DE SANTE 16 CLINIQUE MOBILE 17 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 18 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 PHARMACIE 22 CLINIQUE MOBILE 24 CENTRE ANBEF 26 KIOSQUE ROUTIER 27 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 28 (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE BOUTIQUE 31 INSTITUTION RELIGIEUSE 32 AMI/PARENTS 33 PHARMACIE PAR TERRE/AMBULANT 34 RELAJ COMMUNAUTAIRE 35 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	→ 326

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
324	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?	OUI 1 NON 2	→ 326
325	Où est cet endroit ? Pas d'autre endroit ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE 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/ NOM DES ENDROITS)	SECTEUR PUBLIC PHARMACIE A MATERNITE CENTRALE DE REFERENCE B MATERNITE DU CHR C MATERNITE DE HD D CENTRE SANTE INTEGRE E CASE DE SANTE F CLINIQUE MOBILE G AUTRE SECTEUR PUBLIC H (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ I PHARMACIE J CLINIQUE MOBILE K CENTRE ANBEF L KIOSQUE ROUTIER M AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ N (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE BOUTIQUE O INSTITUTION RELIGIEUSE P AMIS/PARENTS Q PHARMACIE PAR TERRE/AMBULANT R RELAJ COMMUNAUTAIRE. S AUTRE X (PRÉCISEZ)	
326	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez reçu la visite d'un agent de santé qui vous a parlé de planification familiale ?	OUI 1 NON 2	
327	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) ?	OUI 1 NON 2	→ 401
328	Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale ?	OUI 1 NON 2	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

401	VÉRIFIEZ 224 :	<p>UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2007 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/></p> <p>AUCUNE NAISSANCE EN 2007 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/></p> <p>→ 556</p>		
402	<p>VÉRIFIEZ 215 : INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES, LE PRENOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE EN 2007 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES, EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ LES 2 DERNIÈRES COLONNES DE QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).</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>			
403	NUMÉRO DE LIGNE DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO HISTORIQUE NAIS. <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAIS. NUMÉRO HISTORIQUE NAIS. <input type="text"/>	AVANT-AVANT DER. NAIS. NUMÉRO HISTORIQUE NAIS. <input type="text"/>
404	À PARTIR DES QUESTIONS 212 ET 216	PRENOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ DÉ <input type="checkbox"/>	PRENOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ DÉ <input type="checkbox"/>	PRENOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ DÉ <input type="checkbox"/>
405	Quand vous êtes tombée enceinte de (PRENOM), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI 1 (PASSEZ À 408) ← NON 2	OUI 1 (PASSEZ À 430) ← NON 2	OUI 1 (PASSEZ À 430) ← NON 2
406	Est-ce que vous vouliez avoir un enfant <u>plus tard</u> ou est-ce que vous <u>ne vouliez pas (ou plus)</u> d'enfant ?	PLUS TARD 1 PLUS D'ENFANT 2 (PASSEZ À 408) ←	PLUS TARD 1 PLUS D'ENFANT 2 (PASSEZ À 430) ←	PLUS TARD 1 PLUS D'ENFANT 2 (PASSEZ À 430) ←
407	Combien de temps de plus vouliez-vous attendre ?	MOIS 1 <input type="text"/> ANNÉES .. 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998	MOIS ... 1 <input type="text"/> ANNÉES .. 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998	MOIS ... 1 <input type="text"/> ANNÉES .. 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998
408	Avez-vous consulté quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 415) ←		
409	Qui avez-vous consulté ? Quelqu'un d'autre ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	<p>PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME B</p> <p>AUTRE PERSONEL ACCOUCHEUSE TRADITION ... D AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE E</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>		

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE PRENOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE PRENOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE PRENOM _____
416	Durant cette grossesse, combien de fois vous a-t-on fait une injection contre le tétanos ?	FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8		
417	VÉRIFIEZ 416 :	2 FOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 421)		
418	À n'importe quel moment avant cette grossesse, vous a-t-on fait des injections contre le tétanos ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 421) ← NE SAIT PAS ... 8		
419	Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu des injections contre le tétanos ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8		
420	Avant cette grossesse, il y a combien d'années que vous avez reçu la dernière injection contre le tétanos ?	IL Y A ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>		
421	Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ? MONTREZ COMP./SIROP.	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 423) ← NE SAIT PAS 8		
422	Pendant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998		
423	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
424	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 430) ← NE SAIT PAS 8		
425	Quels médicaments avez-vous pris ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS DÉTERMINÉ, MONTREZ DES ANTIPALUDÉENS COURANTS À L'ENQUÊTÉE.	SP/FANSIDAR ... A AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z		

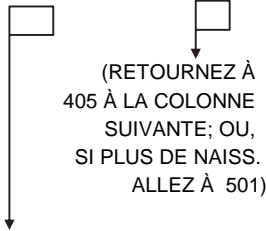
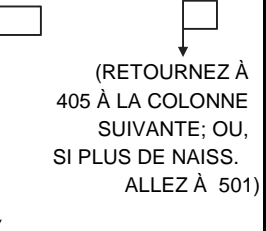
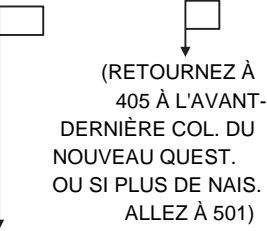
N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE PRENOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE PRENOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE PRENOM _____
426	VÉRIFIEZ 425 : SP/FANSIDAR PRIS À TITRE PRÉVENTIF CONTRE LE PALUDISME.	CODE 'A' CODE ENCERCLÉ A' NON <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 430) ←		
427	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la SP/Fansidar (Sufadoxine Pirimétamine/Fansidar) ?	FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>		
428	VÉRIFIEZ 409 : SOINS PRÉNATALS PAR DU PERSONNEL DE SANTÉ DURANT CETTE GROSSESSE.	CODE 'A', AUTRE OU 'B' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 430) ←		
429	Vous a-t-on donné la SP/Fansidar durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé ou l'avez-vous obtenue d'une autre source ?	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE VISITE MÉDICALE 2 AUTRE ENDROIT 6		
430	Quand (PRENOM) est né, était-il/elle très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne ou très petit ?	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8
431	(PRENOM) a t-il /elle été pesé à la naissance ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 433) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 433) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 433) ← NE SAIT PAS 8
432	Combien (PRENOM) pesait-il/elle ? INSCRIVEZ LE POIDS EN KILOGRAMMES À PARTIR DU CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE PRENOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE PRENOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE PRENOM _____						
433	<p>Qui vous a assisté durant l'accouchement de (PRENOM) ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>INSISTEZ POUR LES TYPES DE PERSONNES ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE PERSONNE NE L'A ASSISTÉE, INSISTEZ POUR DÉTERMINER SI DES ADULTES ÉTAIENT PRÉSENTS À L'ACCOUCHEMENT.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/SAGE FEMME B</p> <p>AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. ... D AMI/PARENTS ... E AGENT DE SANTE COMM F</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) PERSONNE Y</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/SAGE FEMME B</p> <p>AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION.... D AMI/PARENTS ... E AGENT DE SANTE COMM F</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) PERSONNE Y</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/SAGE FEMME B</p> <p>AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION.... D AMI/PARENTS ... E AGENT DE SANTE COMM F</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) PERSONNE Y</p>						
434	<p>Où avez-vous accouché de (PRENOM) ?</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/ DERNIERE NAISSANCE)</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT/ AVANT DERNIERE NAISSANCE)</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT/ AVANT AVANT DERNIERE NAISS)</p>	<p>MAISON VOTRE MAISON 11 (PASSEZ À 438) ← AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC MATERNITE CENTRAL 21 MATERNITE DU CHR 22 MATERNITE HD ... 23 CSI 24 CASE SANTE 25 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 INSTITUTION RELIGIEUS 32 AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 438) ←</p>	<p>MAISON VOTRE MAISON 11 (PASSEZ A 448) ← AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC MATERNITE CENTRAL 21 MATERNITE DU CHR 22 MATERNITE H 23 CSI 24 CASE SANTE 25 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 INSTITUTION RELIGIEUS 32 AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ A 448) ←</p>	<p>MAISON VOTRE MAISON 11 (PASSEZ A 448) ← AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC MATERNITE CENTRA 21 MATERNITE DU CHR 22 MATERNITE H 23 CSI 24 CASE SANTE 25 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 INSTITUTION RELIGIEU: 32 AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ A 448) ←</p>						
434A	<p>Combien de temps après l'accouchement de (PRENOM) êtes-vous restée là ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ 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></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></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></table></p> <p>NE SAIT PAS ... 998</p>								
435	<p>Avez-vous accouché de (PRENOM) 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>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>						

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE PRENOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE PRENOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE PRENOM _____												
436	Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu'un a contrôlé votre état de santé pendant que vous étiez dans l'établissement ?	OUI 1 (PASSEZ À 439) ← NON 2														
437	Est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé après que vous ayez quitté l'établissement ?	OUI 1 (PASSEZ À 439) ← NON 2 (PASSEZ À 442) ←														
438	Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu'un a contrôlé votre état de santé après que vous ayez donné naissance à (PRENOM) ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 442) ←														
439	Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ? INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/SAGE FEMME 12 AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. ... 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE ... 22 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)														
440	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ? SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.	HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> SEMAINES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NE SAIT PAS ... 998														
442	Dans les deux mois qui ont suivi la naissance de (PRENOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une accoucheuse traditionnelle a examiné son état de santé ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 446) ← NE SAIT PAS 8														
443	Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (PRENOM), le premier examen a-t-il eu lieu ? SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.	HRS APRES NAIS. .. 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> JRS APRÈS NAIS. .. 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> SEM.APRÈS NAIS. .. 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NE SAIT PAS ... 998														

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE PRENOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE PRENOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE PRENOM _____
444	<p>Qui a examiné l'état de santé de (PRENOM) 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</p> <p>AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITION. ... 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE ... 22</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>		
445	<p>Où ce premier examen de (PRENOM) a-t-il eu lieu ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</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 VOTRE MAISON 11 AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC MATERNITE CENTRALE 21 MATERNITE DU CHR 22 MATERNITE HC 23 CSI 24 CASE SANTE 25 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 INSTITUTION RELIGIEUS 32 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>		
446	<p>Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme (celle-ci/l'une de celles-ci) ?</p> <p>MONTREZ DES MODÈLES COURANTS DE CAPSULES.</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>		
447	<p>Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (PRENOM) ?</p>	<p>OUI 1 (PASSEZ À 449) ←</p> <p>NON 2 (PASSEZ À 450) ←</p>		
448	<p>Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (PRENOM) et votre grossesse suivante ?</p>		<p>OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 452) ←</p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 452) ←</p>
449	<p>Pendant combien de mois après la naissance de (PRENOM) 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>	<p>MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE PRENOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE PRENOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE PRENOM _____
450	VÉRIFIEZ 226 : L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ENCEINTE ?	PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE OU PAS SÛRE (PASSEZ À 452) <input type="checkbox"/>		
451	Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la naissance de (PRENOM) ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 453) ←		
452	Pendant combien de mois après la naissance de (PRENOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
453	Avez-vous allaité (PRENOM) ?	OUI 1 (PASSEZ À 455) ← NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
454	VÉRIFIEZ 404 : L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 460) (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 501)		
455	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (PRENOM) au sein pour la première fois ? SI MOINS D'UNE HEURE, INSCRIVEZ '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, ENREGISTREZ EN HEURES. SINON, ENREGISTREZ EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>		
456	Dans les trois premiers jours après la naissance est-ce que (PRENOM) a reçu autre chose à boire que le lait maternel ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 458) ←		
457	Qu'a t-on donné à boire à (PRENOM) ? Rien d'autre ? ENREGISTREZ TOUS LES LIQUIDES MENTIONNÉS.	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) A EAU B EAU SUCRÉE OU EAU GLUCOSÉE C INFUSION CALMANTE POUR COLIQUES D SOLUTION D'EAU SALÉE SUCRÉ E JUS DE FRUIT ... F LAIT EN POUDRE POUR BÉBÉ ... G INFUSIONS ... H MIEL J AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE PRENOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE PRENOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE PRENOM _____
458	VÉRIFIEZ 404 : L'ENFANT EST-IL EN VIE ?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>  (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>  (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>  (RETOURNEZ À 405 À L'AVANT- DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)
459	Allaitiez-vous encore (PRENOM) ?	OUI 1 NON 2		
460	(PRENOM) a-t-il bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
461		(RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	(RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	(RETOURNEZ À 405 À L'AVANT-DER. COLONNE DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)

SECTION 5. VACCINATIONS DES ENFANTS, SANTÉ ET NUTRITION

501	INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES, LE PRENOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2007 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES, EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ LES 2 DERNIÈRES COLONNES DE QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).			
502	N° DE LIGNE DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <input type="text"/>	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <input type="text"/>
503	À PARTIR DE 212 ET 216	PRENOM _____ EN VIE DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À LA COL.SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	PRENOM _____ EN VIE DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À LA COL.SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	PRENOM _____ EN VIE DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DER.COL. DU NOUVEAU QUEST. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISS., ALLEZ À 553)
504	Avez-vous un carnet où les vaccinations de (PRENOM) sont inscrites ? SI OUI : Puis-je le voir ?	OUI, VU 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET 3	OUI, VU 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET 3	OUI, VU 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET 3
505	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (PRENOM) ?	OUI 1 (PASSEZ À 509) ← NON 2	OUI 1 (PASSEZ À 509) ← NON 2	OUI 1 (PASSEZ À 509) ← NON 2
506	(1) COPIEZ LES DATES DU CARNET. (2) INSCRIVEZ '44' À LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET INDIQUE QU'UNE DOSE A ÉTÉ DONNÉE MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE.			
		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		JOUR MOIS ANNÉE	JOUR MOIS ANNÉE	JOUR MOIS ANNÉE
	BCG	<input type="text"/>	BCG	<input type="text"/>
	POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)	<input type="text"/>	P0	<input type="text"/>
	POLIO 1	<input type="text"/>	P1	<input type="text"/>
	POLIO 2	<input type="text"/>	P2	<input type="text"/>
	POLIO 3	<input type="text"/>	P3	<input type="text"/>
	DTCoq 1/Penta1	<input type="text"/>	D1/Pe1	<input type="text"/>
	DTCoq 2/Penta2	<input type="text"/>	D2/Pe2	<input type="text"/>
	DTCoq 3/Penta3	<input type="text"/>	D3/Pe3	<input type="text"/>
	ROUGEOLE	<input type="text"/>	ROU	<input type="text"/>
	FIEVRE JAUNE	<input type="text"/>	FJ	<input type="text"/>
	VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)	<input type="text"/>	VIT A	<input type="text"/>
507	VÉRIFIEZ 506 :	BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 511)	BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 511)	BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 511)
		AUTRE <input type="checkbox"/>	AUTRE <input type="checkbox"/>	AUTRE <input type="checkbox"/>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		PRENOM _____	PRENOM _____	PRENOM _____
508	(PRENOM) a-t-il/elle eu des vaccins qui ne sont pas inscrits sur le carnet, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ? ENREGISTREZ 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE AU MOINS UN DES VACCINS DE 506 QUI N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉ COMME AYANT ÉTÉ DONNÉ.	OUI 1 (INSISTEZ ←) POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506). (PASSEZ À 511) ← NON 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 (INSISTEZ ←) POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506). (PASSEZ À 511) ← NON 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 (INSISTEZ ←) POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506). (PASSEZ À 511) ← NON 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS 8
509	(PRENOM) a-t-il/elle déjà eu des vaccins pour lui éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS 8
510	Dites-moi si (PRENOM) a eu l'un des vaccins suivants :			
510A	Le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse habituellement une cicatrice ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
510B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510E) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510E) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510E) ← NE SAIT PAS 8
510C	Le premier vaccin de la polio a-t-il été donné dans les 2 premières semaines après la naissance ou plus tard ?	DEUX 1 ^{RES} SEMAINES 1 PLUS TARD 2	DEUX 1 ^{RES} SEMAINES 1 PLUS TARD 2	DEUX 1 ^{RES} SEMAINES 1 PLUS TARD 2
510D	Combien de fois le vaccin de la polio a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
510E	Le vaccin du DTCoq/Pentavalent, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse ou à la fesse, parfois donné en même temps que les gouttes pour la polio ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510G) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510G) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510G) ← NE SAIT PAS 8
510F	Combien de fois le vaccin du DTCoq/Pentavalent a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>
510G	Le vaccin contre la rougeole ou le ROR, c'est-à-dire une injection dans le bras à l'âge de 9 mois ou plus tard, pour lui éviter la rougeole ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
510H	Le vaccin contre la fièvre jaune, c'est-à-dire une injection au bras à l'âge de 9 mois ou plus tard, pour lui éviter la fièvre jaune ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		PRENOM _____	PRENOM _____	PRENOM _____
511	Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (PRENOM) une dose de vitamine A comme (celle-ci/l'une de celles-ci) ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS DE CAPSULES	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
512	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (PRENOM) des comprimés de fer, des granules avec du fer ou du sirop contenant du fer comme (celui-ci/l'un de ceux-ci) ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS DE COMPRIMÉS, GRANULES OU SIROP.	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
513	Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (PRENOM) des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
514	(PRENOM) a-t-il eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS 8
515	Y avait-il du sang dans les selles ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
516	Je voudrais maintenant savoir quelle quantité de liquides a été donnée à (PRENOM) pendant la diarrhée (y compris le lait maternel). Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE ... 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE ... 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE ... 5 NE SAIT PAS 8
517	Quand (PRENOM) avait la diarrhée, lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger ? SI MOINS, INSISTEZ: Lui a-t-on donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8
518	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 522) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 522) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 522) ←

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE PRENOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE PRENOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE PRENOM _____
519	<p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ÉTABLISSEMENT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT/ DERNIERE NAISSANCE)</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT/ AVANT DERNIERE NAISSANCE)</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT/ AVANT AVANT DERNIERE NAISS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATION. A CHR B HD C CSI D CASE SANTE E CLINIQUE MOBILE/ CONSUT FORR F PHARMACIE G AUTRE SECTEUR PUBLIC H _____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ I PHARMACIE ... J AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ K _____ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE L GUERRISSEUR TRADITIONNEL M PHARMACIE PAR TERRE/AMBULANT N AUTRE _____ X _____ (PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATION. A CHR B HD C CSI D CASE SANTE E CLINIQUE MOBILE/ CONSUT FORR F PHARMACIE G AUTRE SECTEUR PUBLIC H _____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ I PHARMACIE J AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ K _____ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE L GUERRISSEUR TRADITIONNEL M PHARMACIE PAR TERRE/AMBULANT N AUTRE _____ X _____ (PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATION. A CHR B HD C CSI D CASE SANTE E CLINIQUE MOBILE/ CONSUT FORR F PHARMACIE G AUTRE SECTEUR PUBLIC H _____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ I PHARMACIE ... J AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ K _____ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE L GUERRISSEUR TRADITIONNEL M PHARMACIE PAR TERRE/AMBULANT N AUTRE _____ X _____ (PRÉCISEZ)</p>
520	VÉRIFIEZ 519 :	<p>2 CODES UN SEUL [] OU CODE [] PLUS EN CER- [] ENCERCLÉS CLÉ []</p> <p>(PASSEZ À 522) ←</p>	<p>2 CODES UN SEUL [] OU CODE [] PLUS EN CER- [] ENCERCLÉS CLÉ []</p> <p>(PASSEZ À 522) ←</p>	<p>2 CODES UN SEUL [] OU CODE [] PLUS EN CER- [] ENCERCLÉS CLÉ []</p> <p>(PASSEZ À 522) ←</p>
521	<p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 519.</p>	1er ENDROIT ... []	1er ENDROIT ... []	1er ENDROIT ... []
522	<p>Lui avez-vous donné les choses suivantes à boire à n'importe quel moment dès qu'il/elle a commencé à avoir la diarrhée :</p> <p>a) Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé SRO ?</p> <p>b) Eau sucrée salée recommandée par le Service de Santé</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SACHET SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON 1 2 8</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SACHET SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON 1 2 8</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SACHET SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON 1 2 8</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		PRENOM _____	PRENOM _____	PRENOM _____
523	A-t-on donné quelque chose (d'autre) pour traiter la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS 8
524	Qu'a-t-on donné (d'autre) pour traiter la diarrhée ? Rien d'autre ? ENREGISTREZ TOUS LES TRAITEMENTS DONNÉS.	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE A ZINC C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE ZINC) D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E ANTIPARASITAIRE K (IV) INTRAVEINEUSE OU PERFUSION I REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES J AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE A ZINC C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE ZINC) D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E ANTIPARASITAIRE K (IV) INTRAVEINEUSE OU PERFUSION I REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES J AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE A ZINC C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE ZINC) D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E ANTIPARASITAIRE K (IV) INTRAVEINEUSE OU PERFUSION I REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES J AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)
525	Est-ce que (PRENOM) a été malade avec de la fièvre à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 527) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 527) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 527) ← NE SAIT PAS 8
526	À n'importe quel moment au cours de sa maladie, est-ce qu'on a pris à (PRENOM) du sang de son doigt ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
527	Est-ce que (PRENOM) a été malade avec de la toux à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 530) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 530) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 530) ← NE SAIT PAS 8
528	Quand (PRENOM) a été malade avec de la toux, est-ce qu'il/elle respirait plus vite que d'habitude, avec un souffle court et rapide ou avait-il/elle des difficultés pour respirer ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 531) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 531) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 531) ← NE SAIT PAS 8
529	Ces difficultés pour respirer étaient-elles dues à un problème de bronche ou à un nez bouché ou qui coulait ?	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (PASSEZ À 531) ←	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (PASSEZ À 531) ←	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (PASSEZ À 531) ←

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		PRENOM _____	PRENOM _____	PRENOM _____
530	VÉRIFIEZ 525 : A-T-IL EU DE LA FIÈVRE ?	OUI <input type="checkbox"/> NON OU NSP <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 503 À LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	OUI <input type="checkbox"/> NON OU NSP <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 503 À LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	OUI <input type="checkbox"/> NON OU NSP <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLEZ À 553)
531	Je voudrais savoir maintenant quelle quantité de boisson a été donné à (PRENOM) (y compris le lait maternel) pendant sa maladie avec (de la fièvre et de la toux). Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTEZ : Lui en a-t-on donné beaucoup moins que d'habitude, ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8
532	Quand (PRENOM) a eu de la (fièvre/toux), lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou ne lui a-t-on rien donné à manger ? SI MOINS, INSISTEZ : Lui en a-t-on donné beaucoup moins que d'habitude, ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8
533	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 537) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 537) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 537) ←

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE PRENOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE PRENOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE PRENOM _____
534	<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 PAS DÉTERMINEZ SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ DERNIERE NAISSANCE)</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ AVANT DERNIERE NAISSANCE)</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ AVANT AVANT DERNIERE NAISS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATION. A CHR B HD C CSI D CASE SANTE E CLINIQUE MOBILE/ CONSUT FORR F PHARMACIE G AUTRE SECTEUR PUBLIC H</p> <p>_____ H (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ I PHARMACIE ... J AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ K</p> <p>_____ K (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE L GUERISSEUR TRADITIONNEL M PHARMACIE PAR TERRE/AMBULANT N AUTRE X</p> <p>_____ X (PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATION. A CHR B HD C CSI D CASE SANTE E CLINIQUE MOBILE/ CONSUT FORR F PHARMACIE G AUTRE SECTEUR PUBLIC H</p> <p>_____ H (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ I PHARMACIE ... J AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ K</p> <p>_____ K (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE L GUERISSEUR TRADITIONNEL M PHARMACIE PAR TERRE/AMBULANT N AUTRE X</p> <p>_____ X (PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATION. A CHR B HD C CSI D CASE SANTE E CLINIQUE MOBILE/ CONSUT FORR F PHARMACIE G AUTRE SECTEUR PUBLIC H</p> <p>_____ H (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ I PHARMACIE ... J AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ K</p> <p>_____ K (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE L GUERISSEUR TRADITIONNEL M PHARMACIE PAR TERRE/AMBULANT N AUTRE X</p> <p>_____ X (PRÉCISEZ)</p>
535	VÉRIFIEZ 534 :	<p>2 CODES 1 SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU <input type="checkbox"/> CODE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS EN- <input type="checkbox"/></p> <p>ENCER- CERCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>(PASSEZ À 537) ←</p>	<p>2 CODES 1 SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU <input type="checkbox"/> CODE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS EN- <input type="checkbox"/></p> <p>ENCER- CERCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>(PASSEZ À 537) ←</p>	<p>2 CODES 1 SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU <input type="checkbox"/> CODE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS EN- <input type="checkbox"/></p> <p>ENCER- CERCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>(PASSEZ À 537) ←</p>
536	<p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES DE 534.</p>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>
537	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie, (PRENOM) a pris des médicaments pour lutter contre la maladie ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE ←</p> <p>NAISSANCE, ALLEZ À 553)</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE ←</p> <p>NAISSANCE, ALLEZ À 553)</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU ←</p> <p>QUESTIONNAIRE ; OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553).</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE PRENOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE PRENOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE PRENOM _____
538	Quels médicaments (PRENOM) a-t-il/elle pris ? Aucun autre médicament ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ANTIPALUDÉENS SELS DE QUININE A COARTEM B ARSUCAM C AUTRE ANTI-PALUDÉEN _____ D (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES COTRIMOXAZOLE E AMOXICILINE SIROF F CEFTRIAZONE ... G AUTRE ANTIBIOTIQUE H _____ H (PRÉCISEZ) AUTRE MÉDICAMENT PARACETAMOL I AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDÉENS SELS DE QUININE A COARTEM B ARSUCAM C AUTRE ANTI-PALUDÉEN _____ D (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES COTRIMOXAZOLE E AMOXICILINE SIROF F CEFTRIAZONE ... G AUTRE ANTIBIOTIQUE H _____ H (PRÉCISEZ) AUTRE MÉDICAMENT PARACETAMOL I AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDÉENS SELS DE QUININE A COARTEM B ARSUCAM C AUTRE ANTI-PALUDÉEN _____ D (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES COTRIMOXAZOLE E AMOXICILINE SIROF F CEFTRIAZONE ... G AUTRE ANTIBIOTIQUE H _____ H (PRÉCISEZ) AUTRE MÉDICAMENT PARACETAMOL I AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z
539	VÉRIFIEZ 538 : Y A-T-IL UN CODE A, B, D, C ENCERCLÉ ?	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 503 À COL. SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553).	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 503 À COL. SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU SI PLUS DE NAISSANCE ALLEZ À 553)
546	VÉRIFIEZ 538 : SELS DE QUININE ('A') DONNÉS	CODE 'A' ENCERCLÉ CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 548) ←	CODE 'A' ENCERCLÉ CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 548) ←	CODE 'A' ENCERCLÉ CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 548) ←
547	Combien de temps après le début de la fièvre, (PRENOM) a-t-il/elle commencé à prendre les sels de quinine ?	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8
548	VÉRIFIEZ 538 : COARTEM (B) DONNE	CODE 'B' ENCERCLÉ CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ A 549A) ←	CODE 'B' ENCERCLÉ CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ A 549A) ←	CODE 'B' ENCERCLÉ CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ A 549A) ←
549	Combien de temps après le début de la fièvre, (PRENOM) a-t-il/elle commencé à prendre le COARTEM?	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
553	<p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES :</p> <p>NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2007 OU PLUS TARD VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>INSCRIVEZ LE PRENOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE ET CONTINUEZ AVEC 554</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(PRENOM)</p>		556
554	<p>La dernière fois que (PRENOM DE 553) est allé aux toilettes, qu'avez-vous fait des excréments ?</p>	<p>ENFANT A UTILISÉ TOILETTES OU LATRINES 01</p> <p>A JETÉ/RINSÉ DANS TOILETTES OU LATRINES 02</p> <p>A JETÉ/RINSÉ DANS ÉGOUT OU CANIVEAU 03</p> <p>JETÉ AUX ORDURES 04</p> <p>ENTERRÉ 05</p> <p>LAISSÉ À L'AIR 06</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p>	
555	<p>VÉRIFIEZ 522(a), TOUTES LES COLONNES :</p> <p>AUCUN ENFANT N'A REÇU DE LIQUIDE DE SACHET SRO <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>UN ENFANT A REÇU DU LIQUIDE DE SACHET SRO <input type="checkbox"/></p>	557
556	<p>Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé SACHET SRO que vous pouvez obtenir pour le traitement de la diarrhée ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
557	<p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES :</p> <p>NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2010 OU PLUS TARD VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>INSCRIVEZ LE PRENOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE ET CONTINUEZ AVEC 558</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(PRENOM)</p>		562

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
558	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les liquides et aliments que (PRENOM DE 557) a consommés hier pendant le jour ou la nuit. J'aimerais, en particulier, savoir si votre enfant a reçu le liquide ou l'aliment que je vais citer, même s'il était mélangé avec d'autres nourritures.		
	Est-ce que (PRENOM DE 557) (a bu ou mangé) :	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 ?	d) 1 2 8	
	SI OUI : Combien de fois (PRENOM) a-t-il/elle bu du lait ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT	<input type="text"/>
e)	Du lait en poudre pour bébé ?	e) 1 2 8	
	SI OUI : Combien de fois (PRENOM) a-t-il/elle bu du lait en poudre pour bébé ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT EN POUDRE	<input type="text"/>
f)	D'autres liquides ?	f) 1 2 8	
g)	Du yaourt ?	g) 1 2 8	
	SI OUI : Combien de fois (PRENOM) a-t-il/elle mangé du yaourt ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	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 ou autres préparations à base de céréales ?	i) 1 2 8	
j)	Des carottes, courges ?	j) 1 2 8	
k)	Des pommes de terre, ignames, manioc, patate douce ou préparations à base de tubercules ?	k) 1 2 8	
l)	Des légumes à feuilles vert foncé ? (feuilles d'oseille, de chou, de moringa etc)	l) 1 2 8	
m)	Des mangues, papayes mûres ?	m) 1 2 8	
n)	D'autres fruits ou légumes ?	n) 1 2 8	
o)	Du foie, rognons, cœur ou autres abats ?	o) 1 2 8	
p)	De la viande de bœuf, de porc, d'agneau, de chèvre, du poulet ou du canard ?	p) 1 2 8	
q)	Des œufs ?	q) 1 2 8	
r)	Du poisson frais ou séché ou des crustacés ?	r) 1 2 8	
s)	N'importe quelle préparation à base de haricots, pois, lentilles ou noix ?	s) 1 2 8	
t)	Du fromage ou d'autres aliments à base de lait ?	t) 1 2 8	
u)	N'importe quelle préparation à base d'aliments solides, semi solides, ou mous ?	u) 1 2 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
559	VÉRIFIEZ 558 (CATÉGORIES "g" À "u") : PAS UN SEUL "OUI" <input type="checkbox"/> AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/>		561
560	Est-ce que hier durant le jour ou la nuit (PRENOM) a mangé des aliments solides, semi solides ou mous ? SI 'OUI' INSISTEZ : Quel type d'aliments solide, semi solide ou mou (PRENOM DE 557) a-t-il/elle mangé hier durant le jour ou la nuit ?	OUI 1 (RETOURNEZ À 558 POUR ENREGISTRER LES ALIMENTS CONSOMMÉS HIER.) NON 2	562
561	Combien de fois (PRENOM DE 557) a-t-il mangé des aliments solides, semi solides ou mous hier durant le jour ou la nuit ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	
562	Il arrive parfois que les enfants soient gravement malades et doivent être conduits immédiatement dans un établissement de santé. Quels sont les types de symptômes qui vous inciteraient à emmener immédiatement votre enfant dans un établissement de santé ? INSISTEZ : Aucun autre symptôme ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ENFANT INCAPABLE DE BOIRE OU DE TETER A ÉTAT DE L'ENFANT S'AGGRAVE ... B ENFANT DEVIENT FIEVREUX C ENFANT RESPIRE RAPIDEMENT D ENFANT A DES DIFFICULTES POUR RESPIRER E ENFANT A DU SANG DANS LES SELLES F ENFANT BOIT DIFFICILEMENT G ENFANT FAIT LA DIARRHEE H ENFANT FAIT DES VOMISSEMENTS I ENFANT LETHARGIQUE OU INCONSCIENT J ENFANT FAIT DES CONVULSIONS ... K AUTRE X (PRÉCISEZ) AUTRE Y (PRÉCISEZ) AUTRE Z (PRÉCISEZ)	
563	Habituellement, vous lavez-vous les mains A. Avant de préparer à manger ? B. Avant de préparer à manger pour les enfants ? C. Avant de nourrir les enfants ? D. Après avoir mangé ? E. Après avoir été aux toilettes ? F. Après avoir nettoyé un enfant qui a émis des selles ?	OUI NON A. PRÉPARER À MANGER 1 2 B. PRÉPARER À MANGER POUR LES ENFANTS 1 2 C. NOURRIR ENFANTS 1 2 D. APRÈS AVOIR MANGÉ 1 2 E. APRÈS AVOIR ÉTÉ AUX TOILETTES 1 2 F. APRÈS AVOIR NETTOYÉ UN ENFANT QUI A ÉMIS DES SELLES 1 2	
563A	VÉRIFIEZ 563 : PAS UN SEUL "OUI" <input type="checkbox"/> AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/>		601
564	Qu'est-ce que vous utilisez pour vous laver les mains ?	EAU SIMPLE..... 1 EAU +SABLE+CENDRE..... 2 EAU+SAVON..... 3 AUTRE 8 (PRÉCISEZ)	

SECTION 6. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
601	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariés ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME 2 NON, PAS EN UNION 3	<input type="checkbox"/> → 604
602	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme comme si vous étiez mariés ?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME ... 2 NON 3	→ 612
603	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ?	VEUVE 1 DIVORCÉE 2 SÉPARÉE 3	<input type="checkbox"/> → 609
604	Est-ce que votre (mari/partenaire) vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs ?	VIT AVEC ELLE 1 VIT AILLEURS 2	
605	ENREGISTRER LE PRENOM ET N° DE LIGNE DU MARI/PARTENAIRE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, ENREGISTREZ '00'.	PRENOM _____ N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	
606	Est-ce que votre (mari/partenaire) a d'autres épouses ou vit-il avec d'autres femmes comme s'il était marié ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	<input type="checkbox"/> → 609
607	En tout, y compris vous-même, combien a-t-il d'épouses ou de partenaires avec qui il vit comme s'il était marié ?	NOMBRE TOTAL D'ÉPOUSES ET DE FEMMES AVEC QUI IL VIT COMME MARIÉ <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
608	Êtes-vous la première, deuxième,.....épouse ?	RANG <input type="text"/> <input type="text"/>	
609	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une seule fois ou plus d'une fois ?	SEULEMENT UNE FOIS 1 PLUS D'UNE FOIS 2	
609A	VÉRIFIEZ 601 : PAS EN UNION <input type="checkbox"/> EN UNION <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> → 610
609B	VÉRIFIEZ 603 : DIVORCÉE <input type="checkbox"/> VEUVE/ SÉPARÉE <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> → 610
609C	Votre (dernier) mariage a duré combien d'année ? SI MOINS D'UN AN, INSCRIRE '00'	NOMBRE D'ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	
609D	Combien y a-t-il d'années que vous êtes divorcées ? SI MOINS D'UN AN, INSCRIRE '00'	NOMBRE D'ANNÉES ... <input type="text"/> <input type="text"/>	
609E	Qui a prononcé le divorce ?	TRIBUNAL 1 AUTORITE COUTUMIERE 2 ASSOCIATION RELIGIEUSE 3 CONSENTEMENT PARENTAL 4 MARI/CONJOINT 5	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
610	<p>VÉRIFIEZ 609 :</p> <p>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME UNE SEULE FOIS <input type="checkbox"/></p> <p>En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (mari/partenaire) ?</p> <p>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/></p> <p>Je voudrais maintenant vous parler de votre premier (mari/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ?</p>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98</p> <p>ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998</p>	→ 611A
611	<p>Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui pour la première fois ?</p>	<p>ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
611A	<p>VÉRIFIEZ 102, 610 ET 611 :</p> <p>SI 610-102 INFÉRIEUR OU ÉGAL A 17 ANS OU ÂGE ENREGISTRÉ À 611 EST 17 OU MOINS <input type="checkbox"/></p> <p>AUTRE <input type="checkbox"/></p>		→ 611C
611B	<p>Qui a pris la décision de vous marier à cet âge ?</p>	<p>MOI-MEME A</p> <p>MON PERE B</p> <p>MA MERE C</p> <p>AUTRE PARENT D</p>	
611C	<p>Pensez-vous qu'une mère devrait donner en mariage sa fille à l'âge de 17 ans ou moins ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→ 612
611D	<p>Quelles sont les raisons qui pousseraient une mère à marier sa fille à cet âge ?</p> <p>INSISTEZ : Aucune autre raison ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p>	<p>PEUR D'UNE GROSSESSE</p> <p>HORS MARIAGE A</p> <p>DEBAUCHE SEXUELLE B</p> <p>PAUVRETE C</p> <p>RELIGION D</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
612	<p>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.</p>		
613	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains aspects importants de la vie.</p> <p>Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels ?</p>	<p>N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS 00</p> <p>ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>1^{ère} FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIER) MARI/PARTENAIRE 95</p>	→ 628
613A	<p>Quel âge avait votre partenaire ?</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
613B	<p>Aviez-vous utilisé un préservatif ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À								
614	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Je voudrais vous assurer de nouveau que toutes vos réponses sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante.										
615	<p>Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la <u>dernière</u> fois ?</p> <p>S'IL Y A MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS. S'IL Y A 12 MOIS (UN AN) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.</p>	<p>IL Y A JOURS 1</p> <p>IL Y A SEMAINES ... 2</p> <p>IL Y A MOIS 3</p> <p>IL Y A ANNÉES 4</p>	<table border="1" data-bbox="1238 264 1345 504"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table> <p>→ 627</p>								

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
616	Quand avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne pour la dernière fois ?		IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
617	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels (avec cette seconde/troisième personne), un condom a-t-il été utilisé ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 618A)	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 618A)	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 618A)
618	Un condom a-t-il été utilisé chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 (PASSEZ A 619) ← NON 2	OUI 1 (PASSEZ A 619) ← NON 2	OUI 1 (PASSEZ A 619) ← NON 2
618A	Pour quelle raison principale, vous et votre partenaire n'avez pas utilisé un condom lors de ces rapports sexuels ?	NOUS N'AVIONS PAS DE CONDOM 1 CONDOM PAS DISPONIBLE AU LIEU DE VENTE 2 CONFIANCE AU PARTENAIRE 3 CONDOM TROP CHER 4 REFUS DU PARTENAIRE 5 N'AIME PAS CONDOM 6 AVONS UTILISE UN AUTRE CONTRACEPTIF 7 N'Y AVONS PAS PENSE 8 POINT DE VENTE ELOIGNE 9 NE SAIT PAS OU TROUVER LES CONDOMS 10 AUTRE 96 (A PRECISER) NSP 98	NOUS N'AVIONS PAS DE CONDOM 1 CONDOM PAS DISPONIBLE AU LIEU DE VENTE 2 CONFIANCE AU PARTENAIRE 3 CONDOM TROP CHER 4 REFUS DU PARTENAIRE 5 N'AIME PAS CONDOM 6 AVONS UTILISE UN AUTRE CONTRACEPTIF 7 N'Y AVONS PAS PENSE 8 POINT DE VENTE ELOIGNE 9 NE SAIT PAS OU TROUVER LES CONDOMS 10 AUTRE 96 (A PRECISER) NSP 98	NOUS N'AVIONS PAS DE CONDOM 1 CONDOM PAS DISPONIBLE AU LIEU DE VENTE 2 CONFIANCE AU PARTENAIRE 3 CONDOM TROP CHER 4 REFUS DU PARTENAIRE 5 N'AIME PAS CONDOM 6 AVONS UTILISE UN AUTRE CONTRACEPTIF 7 N'Y AVONS PAS PENSE 8 POINT DE VENTE ELOIGNE 9 NE SAIT PAS OU TROUVER LES CONDOMS 10 AUTRE 96 (A PRECISER) NSP 98
619	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ? SI PETIT AMI : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariés ? SI OUI, ENCERCLER '2' SI NON, ENCERCLER '3'	MARI 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉ ... 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 CLIENT/PROSTITUÉE 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 622) ←	MARI 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉ ... 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 CLIENT/PROSTITUÉE 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 622) ←	MARI 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉ ... 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 CLIENT/PROSTITUÉE 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 622) ←
620	VÉRIFIEZ 609 :	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE FOIS FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSEZ) À 622	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE FOIS FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSEZ) À 622	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE FOIS FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSEZ) À 622
621	VÉRIFIEZ 613 :	1 ^{re} FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 ^{er} MARI <input type="text"/> AUTRE <input type="text"/> (PASSEZ À 623)	1 ^{re} FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 ^{er} MARI <input type="text"/> AUTRE <input type="text"/> (PASSEZ À 623)	1 ^{re} FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 ^{er} MARI <input type="text"/> AUTRE <input type="text"/> (PASSEZ À 623)

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
622	Il y a combien de temps que vous avez eu vos premiers rapports sexuels avec cette (seconde/troisième) personne ?	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>
623	Aucours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne ? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NBRE EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>
624	Quel âge a cette personne ?	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
625	À part (cette personne/ces deux personnes), avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 (RETOURNEZ À 616 ← À COL.SUIVANTE) NON 2 (PASSEZ À 627) ←	OUI 1 (RETOURNEZ À 616 ← À COL.SUIVANTE) NON 2 (PASSEZ À 627) ←	
626	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NBRE DE PARTENAIRES EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.			NOMBRE DE PARTENAIRES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
627	<p>En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ?</p> <p>SI LA RÉPONSE EST NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE PARTENIAIRES EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</p>	<p>NOMBRE DE PARTENIAIRES SUR LA DURÉE DE VIE ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
628	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES DANS CETTE SECTION	<p>OUI NON</p> <p>ENFANTS <10 ans 1 2</p> <p>HOMMES ADULTES 1 2</p> <p>FEMMES ADULTES 1 2</p>	
629	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des condoms ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 632
630	<p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL A</p> <p>CHR B</p> <p>HD C</p> <p>CSI D</p> <p>CASE DE SANTÉ E</p> <p>PHARMACIE F</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ G</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ H</p> <p>PHARMACIE I</p> <p>KIOSQUE ROUTIER J</p> <p>CENTRE ANBEF K</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ L</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE M</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE N</p> <p>AMI/PARENTS O</p> <p>PHARMACIE PAR TERRE/AMBUL P</p> <p>LIEU HEBERGEMENT/ CENTRES DE LOISIR Q</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
631	Est-ce que vous pouvez vous procurer des condoms si vous le souhaitez ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8</p>	
632	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des condoms féminins ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 701

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
633	<p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL ... A</p> <p>CHR ... B</p> <p>HD ... C</p> <p>CSI D</p> <p>CASE DE SANTÉ E</p> <p>PHARMACIE F</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ G</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ H</p> <p>PHARMACIE I</p> <p>KIOSQUE ROUTIER..... J</p> <p>CENTRE ANBEF K</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ L</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE M</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE N</p> <p>AMI/PARENTS O</p> <p>PHARMACIE PAR TERRE/AMBUL P</p> <p>LIEU HEBERGEMENT/ CENTRES DE LOISIR Q</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
634	<p>Est-ce que vous pouvez vous procurer des condoms féminins si vous le souhaitez ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8</p>	

SECTION 7. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

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

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

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

SECTION 8. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
801	VÉRIFIEZ 601 ET 602 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	→ 803 → 807
802	Quel âge avait votre (mari/partenaire) à son dernier anniversaire ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	
803	Est-ce que votre (dernier) (mari/partenaire) a fréquenté l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 806
804	Quel est le plus haut niveau d'étude qu'il a atteint: primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 2 SUPÉRIEUR 3 NE SAIT PAS 8	→ 806
805	Quelle est la (classe/année) la plus élevée qu'il a achevée à ce niveau ? SI MOINS D'1 CLASSE/ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
806	VÉRIFIEZ 801 : ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> Quelle est l'occupation de votre(mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail fait-il principalement ? Quelle était l'occupation de votre (dernier) (mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail faisait-il principalement ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ _____ _____	
807	En dehors de votre travail domestique, avez-vous travaillé au cours des sept derniers jours ?	OUI 1 NON 2	→ 811
808	Comme vous le savez, certaines femmes font un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou une petite affaire ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille. Au cours des sept derniers jours, avez-vous fait quelque chose de ce genre ou un autre travail ?	OUI 1 NON 2	→ 811
809	Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des sept derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter pour vacances, maladie, maternité ou pour une autre raison ?	OUI 1 NON 2	→ 811
810	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	→ 815
811	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ _____ _____	
812	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte ?	MEMBRE DE LA FAMILLE 1 QUELQU'UN D'AUTRE 2 A SON COMPTE 3	

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A																												
823	Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE 1 CONJOINTEMENT 2 SEULE ET CONJOINTEMENT 3 N'EN POSSÈDE PAS 4																													
824	Est-ce que vous possédez de la terre, seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE 1 CONJOINTEMENT 2 SEULE ET CONJOINTEMENT 3 N'EN POSSÈDE PAS 4																													
825	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE POINT DE L'INTERVIEW (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PERSONNES PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS OU PAS PRÉSENTES).	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRES./ ÉCOUTE</th> <th>PRES./ ÉCOUTE PAS</th> <th>PAS PRES.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS < 10 ans</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>MARI</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		PRES./ ÉCOUTE	PRES./ ÉCOUTE PAS	PAS PRES.	ENFANTS < 10 ans	1	2	3	MARI	1	2	3	AUTRES HOMMES	1	2	3	AUTRES FEMMES	1	2	3									
	PRES./ ÉCOUTE	PRES./ ÉCOUTE PAS	PAS PRES.																												
ENFANTS < 10 ans	1	2	3																												
MARI	1	2	3																												
AUTRES HOMMES	1	2	3																												
AUTRES FEMMES	1	2	3																												
826	<p>Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :</p> <p>Si elle sort sans le lui dire ?</p> <p>Si elle néglige les enfants ?</p> <p>Si elle argumente avec lui ?</p> <p>Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?</p> <p>Si elle brûle la nourriture ?</p> <p>Si elle refuse de préparer le repas?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SORT SANS LUI DIRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>NÉGLIGE ENFANTS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ARGUMENTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>REFUSE RAPP. SEX</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>BRÛLE NOURRITURE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>REFUSE PREPA.REP</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	SORT SANS LUI DIRE	1	2	8	NÉGLIGE ENFANTS	1	2	8	ARGUMENTE	1	2	8	REFUSE RAPP. SEX	1	2	8	BRÛLE NOURRITURE	1	2	8	REFUSE PREPA.REP	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																												
SORT SANS LUI DIRE	1	2	8																												
NÉGLIGE ENFANTS	1	2	8																												
ARGUMENTE	1	2	8																												
REFUSE RAPP. SEX	1	2	8																												
BRÛLE NOURRITURE	1	2	8																												
REFUSE PREPA.REP	1	2	8																												

SECTION 9. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A																
901	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée sida ?	OUI 1 NON 2	→ 937																
902	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																	
903	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par les piqûres de moustiques ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																	
904	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																	
905	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne qui a le sida ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																	
906	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																	
907	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																	
908	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son enfant : Pendant la grossesse ? Au cours de l'accouchement ? Pendant l'allaitement ?	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GROSSESSE.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ACCOUCHEMENT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ALLAITEMENT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	GROSSESSE.	1	2	8	ACCOUCHEMENT	1	2	8	ALLAITEMENT	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
GROSSESSE.	1	2	8																
ACCOUCHEMENT	1	2	8																
ALLAITEMENT	1	2	8																
909	VÉRIFIEZ 908 : AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓ AUTRE <input type="checkbox"/> →		→ 911																
910	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le virus du sida pour réduire le risque de transmission à son enfant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																	
911	VÉRIFIEZ 208 ET 215 : AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> → 926 DERNIÈRE NAISSANCE <input type="checkbox"/> → 926 DEPUIS JANVIER 2010 ↓ DERNIÈRE NAISSANCE <input type="checkbox"/> → 926 AVANT JANVIER 2010																		
912	VÉRIFIEZ 408 POUR DERNIÈRE NAISSANCE : A EU DES SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> ↓ AUCUN SOIN PRÉNATAL <input type="checkbox"/> →		→ 920																
913	VÉRIFIER S'IL Y A D'AUTRE PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ.																		
914	Au cours de l'une de ces visites prénatales pour votre dernière naissance, est-ce que l'on a parlé des sujets suivants ? Des bébés qui contractent le virus du sida de leur mère ? Des choses qu'on peut faire pour ne pas contracter le sida ? Effectuer un test du virus du sida ?	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIDA DE LA MÈRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>CHOSSES À FAIRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TEST</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	SIDA DE LA MÈRE	1	2	8	CHOSSES À FAIRE	1	2	8	TEST	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
SIDA DE LA MÈRE	1	2	8																
CHOSSES À FAIRE	1	2	8																
TEST	1	2	8																
915	Dans le cadre des visites prénatales, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du virus du sida ?	OUI 1 NON 2																	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
916	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du virus du sida dans le cadre de vos soins prénatals ?	OUI 1 NON 2	→ 920
917	Où le test a-t-il été fait ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL NATIONAL 11 CHR 12 HD 13 MATERNITE 14 CSI 15 CEDAV 16 CTA 17 DISPENSARE SCOLAIRE 18 AUTRE SECTEUR PUBLIC 19 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 LABORATOIRE PRIVE 22 DISPENSARE SCOLAIRE 23 CLINIQUE/CENTRE ANBEF 24 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 27 (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE MAISON 31 CENTRE DE DÉTENTION 32 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	
918	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	→ 924
919	Toutes les femmes sont censées recevoir des conseils après avoir effectué le test. Après avoir effectué votre test, avez-vous reçu des conseils ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 924
920	VÉRIFIEZ 434 POUR DERNIÈRE NAISSANCE : N'IMPORTE QUEL CODE 21-36 ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 926
921	Entre le moment où vous arrivez pour accoucher et le moment où l'enfant est né, vous a-t-on proposé de faire un test du virus du sida ?	OUI 1 NON 2	
922	Je ne veux pas connaître les résultats mais vous a-t-on fait un test du virus du sida à ce moment-là ?	OUI 1 NON 2	→ 926
923	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	
924	Avez-vous effectué un test du virus du sida depuis ce moment où vous avez fait un test durant votre grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 927
925	Depuis combien de mois avez-vous effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS 95	→ 932
926	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous déjà fait un test pour savoir si vous avez le virus du sida ?	OUI 1 NON 2	→ 930

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
927	Depuis combien de mois avez- vous effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y AMOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS 95	
928	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	
929	Où le test a-t-il été fait ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL NATIONAL 11 CHR 12 HD 13 MATERNITE 14 CSI 15 CEDAV 16 CTA 17 DISPENSARE SCOLAIRE 18 AUTRE SECTEUR PUBLIC 19 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 LABORATOIRE PRIVE 22 DISPENSARE SCOLAIRE 23 CLINIQUE/CENTRE ANBEF 24 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 27 (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE MAISON 31 CENTRE DE DÉTENTION 32 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	→ 932
930	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour faire un test du virus du sida ?	OUI 1 NON 2	→ 932
931	Où est-ce ? Pas d'autre endroit ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT/NOM DES ENDROITS)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL NATIONAL A CHR B HD C MATERNITE D CSI E CEDAV F CTA G DISPENSARE SCOLAIRE H AUTRE SECTEUR PUBLIC I (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ J LABORATOIRE PRIVE K DISPENSARE SCOLAIRE L CLINIQUE/CENTRE ANBEF M AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ N (PRÉCISEZ) AUTRE X (PRÉCISEZ)	

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
944	La dernière fois que vous avez eu (PROBLEME DÉCLARÉ À 940/941/942), avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?	OUI 1 NON 2	→ 946
945	Où êtes-vous allée ? Pas d'autre endroit ? INSISTER 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/ NOM DES ENDROITS)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL NATIONAL A MATERNITE REFERENCE B CHR C HD D CSI E CASE SANTE F PHARMACIE G AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ H (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ I PHARMACIE J CLINIQUE/CENTRE ANBEF K INSTITUTION RELIGIEUSE L AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ M (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE BOUTIQUE N PHARMACIE PAR TERRE/ AMBULANT O GUERISSEUR TRADITIONNEL P AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
946	Si une femme sait que son mari est atteint d'une maladie qu'elle peut contracter au cours de rapports sexuels, pensez-vous qu'il est justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent des condoms quand ils ont des rapports sexuels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
947	Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a des relations sexuelles avec des femmes autres que ses épouses ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
948	VÉRIFIEZ 601 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/> VIVANT AVEC UN HOMME ↓ PAS EN UNION <input type="checkbox"/> → 1001		
949	Pouvez-vous refuser d'avoir des rapports sexuels avec votre mari/partenaire quand vous ne souhaitez pas en avoir ?	OUI 1 NON 2 CELA DÉPEND/PAS SÛRE 8	
950	Pourriez-vous demander à votre mari/partenaire d'utiliser un condom si vous vouliez qu'il en utilise un ?	OUI 1 NON 2 CELA DÉPEND/PAS SÛRE 8	

SECTION 10. EXCISION

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
1001	Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?	OUI 1 NON 2	→ 1003
1002	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	→ 1101
1003	Vous a-t-on coupé vos organes génitaux externes ?	OUI 1 NON 2	→ 1009
1004	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui a été fait à ce moment-là. Vous a-t-on coupé quelque chose dans la zone génitale ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 1006
1005	Vous a-t-on seulement entaillé les parties génitales sans rien couper ? SI OUI, RETOURNER À 1004. VÉRIFIER ET CHANGER SI NÉCESSAIRE.	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1005A	Avez-vous entendu parler de la pratique du Dangouriya (Haoussa) ou Habizi (Djerma) ou Damari (Kanouri) ?	OUI 1 NON 2	→ 1006
1005B	Avez-vous subi la pratique du Dangouriya ou l'avez-vous pratiqué à votre fille ?	OUI 1 NON 2	
1006	Vous a-t-on fermé la zone du vagin par un moyen quelconque ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1007	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez subi cette pratique ? SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAIT PAS L'ÂGE EXACT , ESSAYER D'OBTENIR UNE ESTIMATION.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/> DURANT ENFANCE 95 NE SAIT PAS 98	
1008	Qui a procédé à votre excision ?	EXCISEUSE TRAD. 11 ACCOUCHEUSE TRAD 12 AUTRE TRADITION. 16 (PRÉCISER) AUTRE 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	
1009	VERIFIER 213 ET 216 : A AU MOINS <input type="checkbox"/> UNE FILLE VIVANTE ↓ N'A PAS DE <input type="checkbox"/> FILLE VIVANTE →		→ 1019
1010	Est-ce que certaines de vos filles ont subi ce genre de pratique ? SI OUI: Combien ?	NOMBRE EXCISEES <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE FILLE EXCISEE 95	→ 1018

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A																				
1011	<p>Sur laquelle de vos filles a-t-on procédé le plus récemment à l'excision ?</p> <p>_____</p> <p>(PRENOM DE LA FILLE)</p> <p>ENQUÊTRICE : VÉRIFIER 212 ET ENREGISTRER LE NUMERO DE LIGNE POUR LA FILLE</p>	<p>N° LIGNE DE LA FILLE À Q.212 <input type="text"/> <input type="text"/></p>																					
1012	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui a été fait à (PRENOM DE LA FILLE de Q.1011) à ce moment-là.</p> <p>A-t-on enlevé quelque chose de ses parties génitales ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→ 1014																				
1013	<p>A-t-on seulement entaillé ses parties génitales sans rien enlever ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>																					
1014	<p>Son vagin a -t-il été fermé par un moyen quelconque ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>																					
1015	<p>Quel âge avait (PRENOM DE LA FILLE À Q.1011) au moment de l'excision ?</p> <p>SI L'ENQUETÉE NE CONNAIT PAS L'AGE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>AGE EN ANNÉES RÉVOLUS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DURANT ENFANCE 95</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>																					
1016	<p>Qui a procédé à l'excision ?</p>	<p>EXCISEUSE TRAD. 11</p> <p>ACCOUCHEUSE TRAD 12</p> <p>AUTRE TRADITION. 16</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>																					
1017	<p>Avez-vous observé au moment ou après qu'on ait coupé les parties génitales de (PRENOM DE LA FILLE À Q.1011) l'un des problèmes suivants :</p> <p>Saignements excessifs ?</p> <p>Difficultés pour uriner ou rétention d'urine ?</p> <p>Gonflement dans la zone génitale ?</p> <p>Infection de la zone génitale ? / la blessure ne s'est pas cicatrisée correctement ?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SAIGNEMENT EXCES.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>DIF. À URINER/ RÉTENTION URINE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>GONFLEMENT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>INFECTION/MAUVAISE CICATRISATION</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	SAIGNEMENT EXCES.	1	2	8	DIF. À URINER/ RÉTENTION URINE	1	2	8	GONFLEMENT	1	2	8	INFECTION/MAUVAISE CICATRISATION	1	2	8	→ 1019
	OUI	NON	NSP																				
SAIGNEMENT EXCES.	1	2	8																				
DIF. À URINER/ RÉTENTION URINE	1	2	8																				
GONFLEMENT	1	2	8																				
INFECTION/MAUVAISE CICATRISATION	1	2	8																				
1018	<p>Dans l'avenir, avez-vous l'intention de faire exciser vos filles ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>																					

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
1019	<p>Quels sont les avantages pour une fille d'être excisée ?</p> <p>INSISTER: d'autres avantages ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MEILLEURE HYGIÈNE A</p> <p>RECONNAISSANCE SOCIALE B</p> <p>MEILLEURE CHANCE MARIAGE ... C</p> <p>PRESERVATION VIRGINITÉ/PREVIENT REL SEX. AVANT MARIAGE D</p> <p>PLUS DE PLAISIR SEXUEL POUR L'HOMME E</p> <p>NÉCESSITÉ RELIGIEUSE F</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>AUCUN AVANTAGE Y</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
1020	<p>Quels sont les avantages pour les filles à ne pas être excisées ?</p> <p>INSISTER: rien d'autre ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MOINS DE PROBLÈMES DE SANTÉ . A</p> <p>ÉVITE LA SOUFFRANCE B</p> <p>DAVANTAGE DE PLAISIR SEXUEL POUR ELLE-MEME. C</p> <p>DAVANTAGE DE PLAISIR SEXUEL POUR L'HOMME D</p> <p>ACCORD AVEC LA RELIGION E</p> <p>EVITE DECHIRURES PARTIES EXTERNE F</p> <p>EVITE TRAVAIL PROLONGÉ G</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>AUCUN AVANTAGE Y</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
1021	<p>Pensez-vous que cette pratique est un moyen d'éviter que les filles aient des relations sexuelles avant le mariage ou pensez vous, au contraire, qu'elle n'a aucun effet ?</p>	<p>PREVENIR RELATIONS SEXUELLES 1</p> <p>PAS D'EFFET 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1022	<p>Pensez-vous que le recours à cette pratique est exigée par votre religion ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1023	<p>Pensez-vous que cette pratique doit être maintenue ou qu'elle doit disparaître ?</p>	<p>MAINTENUE 1</p> <p>DISPARAITRE 2</p> <p>CELA DÉPEND 3</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1024	<p>Pensez-vous que les hommes tiennent à ce que cette pratique soit conservée ou au contraire, pensez-vous qu'ils sont favorables à son abandon ?</p>	<p>CONSERVÉE 1</p> <p>ABANDONNÉE 2</p> <p>CELA DÉPEND 3</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	

SECTION 11. FISTULE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
1101	Connaissez-vous la maladie dénommée «fistule» c'est-à-dire la "maladie de l'urine" ?	OUI 1 NON 2	→ 1201
1102	Quelles sont selon vous, les causes de cette maladie ? INSISTEZ : Rien d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SORCELLERIE OU ENVOUTEMENT MYSTIQUE A MAUVAIS SORTS, FATALITE B TROP JEUNE POUR ACCOUCHER C TROP VIEILLE POUR ACCOUCHER D TROP MAIGRE POUR SUPPORTER UNE GROSSESSE E TROP D'ACCOUCHEMENTS SUCCESSIFS..... F MALADIES FREQUENTES DURANT LA GROSSESSE G ACCOUCHEMENT D'UN GROS BEBE H ACCOUCHEMENT A DOMICILE SANS ASSISTANCE MEDICALE I TRAVAIL PROLONGE J VOLONTE DE DIEU K AUTRES X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Y	
1103	Quelles sont selon vous les principales manifestations de cette maladie ? INSISTEZ : Rien d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	AMAIGRISSEMENT CONTINU A PERTE INVOLONTAIRE DES URINES B PERTE INVOLONTAIRE DES SELLES C PERTE INVOLONTAIRE DES URINES ET DES SELLES D CONSTAMMENT MOUILLEES E ODEURS NAUSEABONDES F INFIRMITE LOCOMOTRICE RELATIVE G AUTRES X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Y	
1104	Peut-on soigner, selon vous, cette maladie et en guérir ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1105	Etes-vous atteinte ou avez-vous déjà contracté cette maladie ?	OUI 1 NON 2	→ 1108
1106	Depuis quand avez-vous contracté cette maladie ?	MOINS DE 12 MOIS 1 12 MOIS ET PLUS 2	
1107	Comment, selon vous, avez-vous contracté cette maladie ?	SORCELLERIE OU ENVOUTEMENT MYSTIQUE 01 MAUVAIS SORTS, FATALITE 02 TROP JEUNE POUR ACCOUCHER 03 TROP VIEILLE POUR ACCOUCHER 04 TROP MAIGRE POUR SUPPORTER UNE GROSSESSE 05 TROP D'ACCOUCHEMENTS SUCCESSIFS 06 MALADIES FREQUENTES DURANT LA GROSSESSE 07 ACCOUCHEMENT D'UN GROS BEBE 08 ACCOUCHEMENT A DOMICILE SANS ASSISTANCE MEDICALE 09 TRAVAIL PROLONGE 10 VOLONTE DE DIEU 11 AUTRES 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A																												
1117	Pourquoi êtes-vous demeurée sans soin jusque-là ?	PROBLEMES D'INFORMATIONS A MALADIE INCURABLE B SORCELLERIE..... C MANQUE DE SOUTIEN FAMILIAL..... D MANQUE D'ARGENT..... E SANS OPINION... F AUTRE X (A PRECISER)																													
1118	Selon vous, peut-on prévenir les fistules en adoptant les comportements suivants ? A) Eviter les mariages précoces des adolescentes de moins de 18 ans? B) Encourager la scolarisation de la jeune fille? C) Eviter les grossesses précoces? D) Eviter les grossesses trop nombreuses? E) Eviter les grossesses trop rapprochées?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> <th style="text-align: center;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A) EVITER LES MARIAGES PRECOCES 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B) ENCOURAGER SCOLARISATION JEUNE FILLE 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>C) EVITER LES GROSSESSES PRECOCES 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D) EVITER LES GROSSESSES TROP NOMBREUSES 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>E) EVITER LES GROSSESSES TROP RAPPROCHEES 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	A) EVITER LES MARIAGES PRECOCES 1	2	8		B) ENCOURAGER SCOLARISATION JEUNE FILLE 1	2	8		C) EVITER LES GROSSESSES PRECOCES 1	2	8		D) EVITER LES GROSSESSES TROP NOMBREUSES 1	2	8		E) EVITER LES GROSSESSES TROP RAPPROCHEES 1	2	8						
	OUI	NON	NSP																												
A) EVITER LES MARIAGES PRECOCES 1	2	8																													
B) ENCOURAGER SCOLARISATION JEUNE FILLE 1	2	8																													
C) EVITER LES GROSSESSES PRECOCES 1	2	8																													
D) EVITER LES GROSSESSES TROP NOMBREUSES 1	2	8																													
E) EVITER LES GROSSESSES TROP RAPPROCHEES 1	2	8																													
1119	Selon vous, peut-on prévenir les fistules en adoptant les comportements suivants en cas de grossesse? A) Faire des consultations prénatales dans un centre de santé ? B) Accoucher en milieu hospitalier ou dans une maternité ? C) Faire des consultations postnatales ? D) Participer aux séances de planification familiale ? E) Eviter de faire des travaux ménagers très durs (corvée d'eau, de bois, etc.) ? F) Eviter de prendre des potions médicamenteuses traditionnelles ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> <th style="text-align: center;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A) FAIRE DES CONSULTATIONS PRENATALES DANS UN CENTRE DE SANTE 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B) ACCOUCHER EN MILIEU HOSPITALIER 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>C) FAIRE DES CONSULTATIONS POSTNATALES 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D) PARTICIPER AUX SEANCES DE PLANIFICATION FAMILIALE 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>E) EVITER DE FAIRE DES TRAVAUX MENAGERSTRES DURS 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>F) EVITER DE PRENDRE DES POTIONS MEDICAMENTEUSES 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	A) FAIRE DES CONSULTATIONS PRENATALES DANS UN CENTRE DE SANTE 1	2	8		B) ACCOUCHER EN MILIEU HOSPITALIER 1	2	8		C) FAIRE DES CONSULTATIONS POSTNATALES 1	2	8		D) PARTICIPER AUX SEANCES DE PLANIFICATION FAMILIALE 1	2	8		E) EVITER DE FAIRE DES TRAVAUX MENAGERSTRES DURS 1	2	8		F) EVITER DE PRENDRE DES POTIONS MEDICAMENTEUSES 1	2	8		
	OUI	NON	NSP																												
A) FAIRE DES CONSULTATIONS PRENATALES DANS UN CENTRE DE SANTE 1	2	8																													
B) ACCOUCHER EN MILIEU HOSPITALIER 1	2	8																													
C) FAIRE DES CONSULTATIONS POSTNATALES 1	2	8																													
D) PARTICIPER AUX SEANCES DE PLANIFICATION FAMILIALE 1	2	8																													
E) EVITER DE FAIRE DES TRAVAUX MENAGERSTRES DURS 1	2	8																													
F) EVITER DE PRENDRE DES POTIONS MEDICAMENTEUSES 1	2	8																													

SECTION 12. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A																		
1201	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 90 OU PLUS, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTREZ '90'. SI LA RÉPONSE EST NON-NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 1204																		
1202	Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou un autre prestataire de santé ? SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST 90 OU PLUS, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTREZ '90'. SI LA RÉPONSE EST NON-NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 1204																		
1203	La dernière fois que vous avez eu une injection effectuée par un prestataire 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																			
1204	Fumez-vous actuellement des cigarettes ?	OUI 1 NON 2	→ 1206																		
1204A	A quel âge avez-vous fumé entièrement une cigarette pour la première fois ?	ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/>																			
1205	Au cours des dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumées ?	NOMBRE DE CIGARETTES <input type="text"/> <input type="text"/>																			
1206	Actuellement, est-ce que vous fumez ou utilisez un autre type de tabac ?	OUI 1 NON 2	→ 1208																		
1207	Quel (autre) type de tabac fumez-vous ou utilisez-vous ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PIPE A TABAC À MACHER B TABAC À PRISER C AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)																			
1208	Il peut arriver que, pour différentes raisons, les femmes aient des difficultés pour obtenir un avis médical ou se faire soigner. Quand vous êtes malade et que vous voulez un avis médical ou un traitement, est-ce que chacune des raisons suivantes constituent, pour vous, un problème important ou non ? Obtenir la permission d'aller voir un médecin ? Obtenir l'argent nécessaire pour le conseil ou le traitement ? La distance pour atteindre l'établissement de santé ? Devoir prendre un moyen de transport Ne pas vouloir y aller seule ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>PROBLÈME IMPOR- TANT</th> <th>PAS PRO- BLÈME IMPOR- TANT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PERMISSION D'ALLER</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OBTENIR L'ARGENT ...</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>DISTANCE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TRANSPORT</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Y ALLER SEULE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		PROBLÈME IMPOR- TANT	PAS PRO- BLÈME IMPOR- TANT	PERMISSION D'ALLER	1	2	OBTENIR L'ARGENT ...	1	2	DISTANCE	1	2	TRANSPORT	1	2	Y ALLER SEULE	1	2	
	PROBLÈME IMPOR- TANT	PAS PRO- BLÈME IMPOR- TANT																			
PERMISSION D'ALLER	1	2																			
OBTENIR L'ARGENT ...	1	2																			
DISTANCE	1	2																			
TRANSPORT	1	2																			
Y ALLER SEULE	1	2																			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1209	Êtes-vous couverte par une assurance médicale ?	OUI 1 NON 2	→ 1210A
1210	Par quel type d'assurance êtes-vous couverte ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ASSURANCE MUTUELLE/ ASSURANCE SANTÉ COMMUNAUTAIRE A ASSURANCE SANTÉ PAR L'EMPLOYEUR B SÉCURITÉ SOCIALE C AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE D AUTRE X (PRÉCISEZ)	
1210A	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert d'une quelconque des maladies suivantes : diabète hypertension artérielle/AVC maladies cardiaques insuffisance rénale cancer paralysie asthme/bronchite chronique ulcère ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	AUCUNE A DIABÈTE B HYPERTENSION ARTÉRIEL C MALADIES CARDIAQUES D INSUFFIS. E CANCER F PARALYSIE G ASTHME/BRONCHITE CHRONIQUE H ULCERE I AUTRE X (PRÉCISEZ)	→ 1301
1210B	Un diagnostic a-t-il été fait par un personnel médical?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1210C	A quel(s) type(s) de traitement avez-vous recours pour cette(ces) maladie(s) ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	TRAITEMENT MEDICAL PRESCRIT A TRAITEMENT MEDICAL AUTOMEDICATION B TRAITEMENT TRADITIONNEL C AUCUN TRAITEMENT D AUTRE X (PRÉCISEZ)	

SECTION 13. MORTALITÉ MATERNELLE

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1301	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos frères et sœurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère biologique. Est-ce que votre mère a donné naissance à des enfants, en plus de vous-même ?	OUI 1 NON 2	→ 1308
1302	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont encore en vie ?	GARÇONS VIVANTS <input type="text"/> <input type="text"/>	
1303	En dehors de vous, combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont encore en vie ?	FILLES VIVANTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
1304	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont décédés ?	GARÇONS DÉCÉDÉS <input type="text"/> <input type="text"/>	
1305	Combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont décédées ?	FILLES DÉCÉDÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	
1306	Est-ce que votre mère a donné naissance à d'autres enfants dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés ?	OUI 1 NON 2	→ 1308
1307	Combien d'autres enfants votre mère a-t-elle eu dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés ?	AUTRES ENFANTS <input type="text"/> <input type="text"/>	
1308	ADDITIONNER LES REPONSES À 1302, 1303, 1304, 1305 ET 1307 AJOUTER 1 (L'ENQUÊTÉE) ET NOTER LE TOTAL.	TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/>	
1309	VÉRIFIER 1308: Juste pour être sûre que j'ai bien compris, y compris vous-même, votre mère a donné naissance à _____ enfants en tout. Est-ce bien exact ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER 1301 - 1308 COMME IL SE DOIT.		
1310	VÉRIFIER 1308 : DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/> UNE NAISSANCE SEULEMENT (ENQUÊTÉE SEULE) <input type="checkbox"/>		→ 1322
1311	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance ?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES <input type="text"/> <input type="text"/>	

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

1312	Quel prénom a été donné à votre frère ou sœur le/la plus âgé(e) (ou suivant) ?	[1] _____	[2] _____	[3] _____	[4] _____	[5] _____	[6] _____
1313	(PRENOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2
1314	Est-ce que (PRENOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLER À 1316 ← NSP 8 ALLER À [2] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1316 ← NSP 8 ALLER À [3] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1316 ← NSP 8 ALLER À [4] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1316 ← NSP 8 ALLER À [5] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1316 ← NSP 8 ALLER À [6] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1316 ← NSP 8 ALLER À [7] ←
1315	Quel âge a (PRENOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7]
1316	Combien y a-t-il d'années que (PRENOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
1317	Quel âge avait (PRENOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [PRENOM] est mort(e) avant l'âge de douze ans? SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [PRENOM] est mort(e) avant de se marier ?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [7]
1318	(PRENOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1321 ←	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1321 ←	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1321 ←	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1321 ←	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1321 ←	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1321 ←
1319	Est-ce que (PRENOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1321 ←	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1321 ←	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1321 ←	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1321 ←	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1321 ←	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1321 ←
1320	Est-ce que (PRENOM) est décédée dans les 42 jours suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2
1321	À combien d'enfants vivants (PRENOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7]

SI'IL N'Y A PLUS DE FRÈRE OU SOEUR, ALLER À 1322

1312	Quel prénom a été donné à votre frère ou sœur le plus âgé (ou suivant) ?	[7] _____	[8] _____	[9] _____	[10] _____	[11] _____	[12] _____
1313	(PRENOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2
1314	Est-ce que (PRENOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLER À 1316 NSP 8 ALLER À [8]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1316 NSP 8 ALLER À [9]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1316 NSP 8 ALLER À [10]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1316 NSP 8 ALLER À [11]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1316 NSP 8 ALLER À [12]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1316 NSP 8 ALLER À [13]
1315	Quel âge a (PRENOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [13]
1316	Combien y a-t-il d'années que (PRENOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
1317	Quel âge avait (PRENOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [PRENOM] est mort(e) avant l'âge de douze ans ? SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [PRENOM] est mort(e) avant de se marier ?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [13]
1318	(PRENOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1321	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1321	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1321	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1321	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1321	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1321
1319	Est-ce que (PRENOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1321	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1321	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1321	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1321	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1321	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1321
1320	Est-ce que (PRENOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2
1321	À combien d'enfants vivants (PRENOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [13]
S'IL N'Y A PLUS DE FRÈRE OU SOEUR, ALLER À 1322							
1322	ENREGISTRER L'HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW				HEURES		<input type="text"/> <input type="text"/>
					MINUTES		<input type="text"/> <input type="text"/>

INSTRUCTIONS:

UN SEUL CODE DOIT FIGURER DANS CHAQUE CASE.

UN CODE DOIT ÊTRE INSCRIT À CHAQUE MOIS À LA COLONNE 1.

CODES À UTILISER POUR CHAQUE COLONNE

COLUMN 1: NAISSANCES, GROSSESSES, UTILIS. CONTRACEP. **

- N NAISSANCES
- G GROSSESSES
- F FIN DE GROSSESSE

- 0 AUCUNE MÉTHODE
- 1 STÉRILISATION FÉMININE
- 2 STÉRILISATION MASCULINE
- 3 DIU
- 4 INJECTABLES
- 5 IMPLANTS
- 6 PILULE
- 7 CONDOM
- 8 CONDOM FÉMININ
- K MAMA
- L MÉTHODE DU RYTHME
- M RETRAIT
- X AUTRE MÉTHODE MODERNE
- Y AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE

COLUMN 2: DISCONTINUATION OU UTILIS. CONTRACEPTIVE

- 0 RAPPORTS SEX. PEU FRÉQUENTS/MARI ABSENT
- 1 TOMBÉE ENCEINTE ALORS QU'ELLE UTILISAIT
- 2 SOUHAITAIT TOMBER ENCEINTE
- 3 MARI/PARTENAIRE DÉSAPPROUVE
- 4 VOULAIT MÉTHODE PLUS EFFICACE
- 5 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES
- 6 MANQUE D'ACCESSIBILITÉ/TROP ÉLOIGNÉ
- 7 COÛTE TROP CHER
- 8 PAS PRATIQUE À UTILISER
- F FATALISTE
- A DIFFICULTÉS POUR TOMBER ENCEINTE/MÉNOPAUSE
- D DISSOLUTION DU MARIAGE/SÉPARATION
- X AUTRE _____
(PRÉCISEZ)
- Z NE SAIT PAS

			1	2	
	12	DEC 01			
	11	NOV 02			
	10	OCT 03			
	09	SEP 04			
2	08	AOUT 05			2
0	07	JUILLET 06			0
1	06	JUIN 07			1
2	05	MAI 08			2
*	04	AVRIL 09			*
	03	MARS 10			
	02	FEV 11			
	01	JAN 12			
<hr/>					
	12	DEC 13			
	11	NOV 14			
	10	OCT 15			
	09	SEP 16			
2	08	AOUT 17			2
0	07	JUILLET 18			0
1	06	JUIN 19			1
1	05	MAI 20			1
*	04	AVRIL 21			*
	03	MARS 22			
	02	FEV 23			
	01	JAN 24			
<hr/>					
	12	DEC 25			
	11	NOV 26			
	10	OCT 27			
	09	SEP 28			
2	08	AOUT 29			2
0	07	JUILLET 30			0
1	06	JUIN 31			1
0	05	MAI 32			0
*	04	AVRIL 33			*
	03	MARS 34			
	02	FEV 35			
	01	JAN 36			
<hr/>					
	12	DEC 37			
	11	NOV 38			
	10	OCT 39			
	09	SEP 40			
2	08	AOUT 41			2
0	07	JUILLET 42			0
0	06	JUIN 43			0
9	05	MAI 44			9
*	04	AVRIL 45			*
	03	MARS 46			
	02	FEV 47			
	01	JAN 48			
<hr/>					
	12	DEC 49			
	11	NOV 50			
	10	OCT 51			
	09	SEP 52			
2	08	AOUT 53			2
0	07	JUILLET 54			0
0	06	JUIN 55			0
8	05	MAI 56			8
*	04	AVRIL 57			*
	03	MARS 58			
	02	FEV 59			
	01	JAN 60			
<hr/>					
	12	DEC 61			
	11	NOV 62			
	10	OCT 63			
	09	SEP 64			
2	08	AOUT 65			2
0	07	JUILLET 66			0
0	06	JUIN 67			0
7	05	MAI 68			7
*	04	AVRIL 69			*
	03	MARS 70			
	02	FEV 71			
	01	JAN 72			

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES CONCERNANT L'ENQUÊTÉE

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES

AUTRES COMMENTAIRES

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'EQUIPE : _____ DATE : _____

OBSERVATION DE LA CONTRÔLEUSE

NOM DE LA CONTRÔLEUSE : _____ DATE : _____