

IDENTIFICATION																					
NOM DE LA LOCALITÉ _____ NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____ PRÉFECTURE COMMUNE SECTEUR CELLULE NUMÉRO DU MÉNAGE URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) GRANDE VILLE/ AUTRE- VILLE/ RURAL (KIGALI =1, Autre-Ville =2, , Rural =3)	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <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>																				
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR UNE ENQUETE HOMME? (OUI=1 NON=2)	<input type="checkbox"/>																				

VISITES D'ENQUÊTRICES/ENQUÊTEURS								
	1	2	3	VISITE FINALE				
DATE	_____	_____	_____	JOUR MOIS ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>2</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr> </table>	2	0	0	0
2	0	0	0					
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	NOM				
RÉSULTAT*				RÉSULTAT				
PROCHAINE VISITE :DATE	_____	_____		NBRE TOTAL DE VISITES <input type="checkbox"/>				
HEURE	_____	_____						
*CODES RÉSULTATS: 1 REMPLI 2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT AU MOMENT DE LA VISITE 3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE 4 DIFFÉRÉ 5 REFUSÉ 6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE 7 LOGEMENT DÉTRUIT 8 LOGEMENT NON TROUVÉ 9 AUTRE _____ (PRÉCISER)				TOTAL DANS LE MÉNAGE <input type="checkbox"/> TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <input type="checkbox"/> TOTAL DES HOMMES ÉLIGIBLES <input type="checkbox"/> N° LIGNE ENQUÊTÉ POUR QUESTION. MÉNAGE <input type="checkbox"/>				

LANGUE DE L'INTERVIEW KINYARWANDA.....1 AUTRE LANGUE2 (PRÉCISER)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
INTERPRÈTE OUI1 NON2			
CONTRÔLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NOM _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DATE _____	DATE _____		

TABLEAU DE MENAGE

Nous voudrions, maintenant, des renseignements sur les personnes qui vivent habituellement dans votre ménage ou qui vivent chez vous actuellement.

N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE		RÉSIDENCE				ÂGE	ÉLIGIBILITÉ		
			(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	(NOM) vit-il/elle ici habituellement?	(NOM) a-t-il/elle dormi ici la nuit dernière ?	Quel âge a (NOM)?		ENTOURER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES ÂGÉES DE 15-49 ANS		ENTOURER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES ÂGÉS DE 15-59 ANS SI ENQUET. HOMME PREVUE	ENTOURER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(8A)	(9)			
			H F	OUI NON	OUI NON	EN ANNÉES						
01		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	01	01	01			
02		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	02	02	02			
03		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	03	03	03			
04		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	04	04	04			
05		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	05	05	05			
06		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	06	06	06			
07		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	07	07	07			
08		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	08	08	08			
09		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	09	09	09			
10		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	10	10	10			

*** CODE POUR Q.15, Q.18 ET Q.20.

NIVEAU	MATERNELLE Code = 0	PRIMAIRE (ANCIEN OU NOUVEAU SYSTÈME 6ans) Code = 1	PRIMAIRE REFORMÉ (8ans) Code = 2	POST-PRIMAIRE (CERAR, CERAI FAMILIALE) Code = 3	SECONDAIRE CODE = 4	SUPERIEUR CODE = 5	NE P. COD 8
CLASSE/ ANNÉE ACHEVÉ E	CODE	CODE	CODE	CODE	CODE	CODE	
	MOINS D'1 AN	MOINS D'1 AN	MOINS D'1 AN	MOINS D'1 AN	MOINS D'1 AN	MOINS D'1 AN	
	00	00	00	00	00	00	
	1 ^{ÈRE} ANNÉE	1 ^{ÈRE} ANNÉE	1 ^{ÈRE} ANNÉE	1 ^{ÈRE} ANNÉE	1 ^{ÈRE} ANNÉE	1 ^{ÈRE} ANNÉE	
	01	01	01	01	01	01	
	2 ^{ÈME} ANNÉE	2 ^{ÈME} ANNÉE	2 ^{ÈME} ANNÉE	2 ^{ÈME} ANNÉE	2 ^{ÈME} ANNÉE	2 ^{ÈME} ANNÉE	
	02	02	02	02	02	02	
	3 ^{ÈME} ANNÉE	3 ^{ÈME} ANNÉE	3 ^{ÈME} ANNÉE	3 ^{ÈME} ANNÉE	3 ^{ÈME} ANNÉE	3 ^{ÈME} ANNÉE	
	03	03	03	03	03	03	
	NE SAIT PAS	NE SAIT PAS	NE SAIT PAS	NE SAIT PAS	NE SAIT PAS	NE SAIT PAS	
98	98	98	98	98	98		

*

CODES POUR Q.3: LIEN DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE :

01 = CHEF DE MÉNAGE

05 = PETIT-FILS OU PETITE FILLE

10 = AUTRE LIEN

02 = MARI OU FEMME

06 = PÈRE OU MÈRE

11 = ENFANTS ADOPTÉS/EN GARDE

03 = FILS OU FILLE

07 = BEAU-PÈRE OU BELLE-MÈRE

12 = SANS PARENTÉ

04 = GENDRE OU BELLE-FILLE

08 = FRÈRE OU SŒUR

98 = NE SAIT PAS

09 = COUSIN (E), NEUVEU, NIECE

** Q.10 À Q.13

CES QUESTIONS CONCERNENT LES PARENTS
BIOLOGIQUES DE L'ENFANT
AUX Q.11 ET Q.13, NOTER '00' SI LES
PARENTS NE SONT PAS MEMBRES DU
MÉNAGE.

*** CODES POUR Q15, 18 ET 20

NIVEAU D'INSTRUCTION:
0 = MATERNELLE
1 = PRIMAIRE
2 = PRIMAIRE REFORMÉ
3 = POST-PRIMAIRE
4 = SECONDAIRE
5 = SUPÉRIEUR
8 = NE SAIT PAS

*** CODES POUR Q15, 18 ET 20

CLASSE:
00 = MOINS D'1 ANNÉE ACHÉVÉE
98 = NE SAIT PAS

N° LI- GN E	SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS POUR PERSONNES DE MOINS DE 15 ANS **				INSTRUCTION								
	Est-ce que la mère biologique de (NOM) est toujours en vie?	SI EN VIE Est-ce que la mère biologique de (NOM) vit dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? INSCRIRE N° DE LIGNE DE LA MÈRE	Est ce que le père biologique de (NOM) est toujours en vie?	SI EN VIE Est-ce que le père biologique de (NOM) vit dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? INSCRIRE N° DE LIGNE DU PÈRE	SI ÂGÉ DE 5 ANS OU PLUS		SI ÂGÉ DE 5-24 ANS						
	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)		
	OUI NON NSP		OUI NON NSP		OUI NON	NI- VEAU CLASSE	OUI NON	OUI NON	NI- VEAU CLASSE	OUI NON	NI- VEAU CLASSE	OUI NON	NI- VEAU CLASSE
01	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>
02	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>
03	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>
04	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>
05	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>
06	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>
07	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>
08	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>
09	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>
10	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE. 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>

N ^o .LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	ÉLIGIBILITÉ		
				(NOM) vit-il/elle ici habituellement?	(NOM) a-t-il/elle dormi ici la nuit dernière ?		ENTOURER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES ÂGÉES DE 15-49 ANS	ENTOURER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES ÂGÉS DE 15-59 ANS SI ENQUET. HOMME PREVUE	ENTOURER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(8A)	(9)
			H F	OUI NON	OUI NON	EN ANNÉES			
11		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	11	11	11
12		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	12	12	12
13		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	13	13	13
14		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	14	14	14
15		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	15	15	15
16		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	16	16	16
17		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	17	17	17
18		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	18	18	18
19		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	19	19	19
20		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	20	20	20

N° LI- GNE	SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS POUR PERSONNES DE MOINS DE 15 ANS **				INSTRUCTION							
	Est-ce que la mère biologique de (NOM) est toujours en vie?	SI EN VIE	Est ce que le père biologique de (NOM) est toujours en vie?	SI EN VIE	SI ÂGÉ DE 5 ANS OU PLUS		SI ÂGÉ DE 5-24 ANS					
Est-ce que la mère biologique de (NOM) vit dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? INSCRIRE N° DE LIGNE DE LA MÈRE		Est-ce que le père biologique de (NOM) vit dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? INSCRIRE N° DE LIGNE DU PÈRE		(NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint?*** Quelle est la dernière classe que (NOM) a-t-il/elle achevé à ce niveau?***	(NOM) fréquente-t-il actuellement l'école?	Au cours de cette année scolaire, (NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment?	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et dans quelle classe était (NOM)?**** 1	Au cours de l'année scolaire précédente, (NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment ?	Durant l'année scolaire précédente, à quel niveau et dans quelle classe était (NOM)?****		
	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	
	OUI NON NSP		OUI NON NSP		OUI NON	NI- CLASSE VEAU	OUI NON	OUI NON	NI- CLASSE VEAU	OUI NON	NI- CLASSE VEAU	
11	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ ALLER À 18	1 2 ↳ ALLER À 19	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	
12	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ ALLER À 18	1 2 ↳ ALLER À 19	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	
13	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ ALLER À 18	1 2 ↳ ALLER À 19	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	
14	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ ALLER À 18	1 2 ↳ ALLER À 19	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	
15	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ ALLER À 18	1 2 ↳ ALLER À 19	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	
16	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ ALLER À 18	1 2 ↳ ALLER À 19	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	
17	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ ALLER À 18	1 2 ↳ ALLER À 19	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	
18	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ ALLER À 18	1 2 ↳ ALLER À 19	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	
19	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ ALLER À 18	1 2 ↳ ALLER À 19	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	
20	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 2 8	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	1 2 ↳ ALLER À 18	1 2 ↳ ALLER À 19	<input type="checkbox"/>	1 LIGNE 2 SUIVANT.	<input type="checkbox"/>	

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE

Juste pour être sûre que j'ai une liste complète :

1) Y-a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas porté sur la liste? OUI INSCRIRE CHACUN (E) DANS LE TABLEAU NON

2) De plus, y-a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille tels que des domestiques, des locataires ou des amis qui vivent habituellement ici? OUI INSCRIRE CHACUN (E) DANS LE TABLEAU NON

3) Avez-vous de invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont dormi ici la nuit dernière et qui n'ont pas été listées? OUI INSCRIRE CHACUN (E) DANS LE TABLEAU NON

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																		
21	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage?	EAU DU ROBINET DANS LOGEMENT11 → 23 DANS COUR/.....12 → 23 FONTAINE PUBLIQUE13 PUITS OUVERT PUITS OUVERT DANS LOGEMENT..21 → 23 PUITS OUVERT COUR/PARCELLE...22 → 23 PUITS PUBLIC OUVERT23 PUITS COUVERT OU FORAGE PUITS PROTÉGÉ DANS LE LOGEMENT.....31 → 23 PUITS PROTÉGÉ COUR/PARCELL..32 → 23 PUITS PUBLIC PROTÉGÉ33 EAU DE SURFACE SOURCE41 FLEUVE/RIVIÈRE42 MARE/LAC43 BARRAGE44 EAU DE PLUIE.....51 → 23 CAMION CITERNE61 EAU EN BOUTEILLE71 → 23 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)																			
22	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir?	MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SUR PLACE996																			
23	Quel genre de toilettes la plupart des membres de votre ménage utilisent?	W.C. AVEC CHASSE D'EAU11 FOSSE/LATRINES RUDIMENTAIRES21 AMÉLIORÉES22 PAS DE TOILETTES /NATURE31 → 25 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)																			
24	Partagez-vous cette installation avec d'autres ménages?	OUI1 NON.....2																			
25	Dans votre ménage, y a t-il :	<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> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>L'électricité?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Une radio?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Une télévision?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Un téléphone?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Un réfrigérateur?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	L'électricité?	1	2	Une radio?	1	2	Une télévision?	1	2	Un téléphone?	1	2	Un réfrigérateur?	1	2	
	OUI	NON																			
L'électricité?	1	2																			
Une radio?	1	2																			
Une télévision?	1	2																			
Un téléphone?	1	2																			
Un réfrigérateur?	1	2																			
26	Dans votre ménage, quel genre de combustible utilisez-vous principalement pour la cuisine?	ÉLECTRICITÉ01 GAZ BOUTEILLE/GAZ NATUREL02 BIOGAZ03 KÉROSÈNE.....04 CHARBON, LIGNITE, TOURBE.....05 CHARBON DE BOIS06 BOIS À BRÛLER, PAILLE.....07 BOUSE08 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)																			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
27	PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL ENREGISTRER L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL TERRE/SABLE11 BOUSE12 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE BOIS PLANCHES21 PALMES/BAMBOUS22 MATÉRIAU MODERNE PARQUET OU BOIS POLI31 VINYLE OU LINO/ASPHALTE32 CARREAUX33 CIMENT34 MOQUETTE35 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
28	Dans votre ménage, y a-t-il quelqu'un qui possède : Une bicyclette? Une mobylette ou une motocyclette? Une voiture ou une camionnette?	OUI NON BICYCLETTE1 2 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE .1 2 VOITURE/CAMIONNETTE1 2	
29	Dans votre ménage, avez-vous des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir? ²	OUI1 NON.....2	→ 33
30	VÉRIFIER LES COLONNES (6) ET (7): NOMBRE D'ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS QUI ONT DORMI DANS LE MÉNAGE LA NUIT DERNIÈRE AUCUN <input type="checkbox"/> _____ UN <input type="checkbox"/> DEUX OU PLUS <input type="checkbox"/> _____ ↓		→ 33 → 32
31	Est-ce que, la nuit dernière, (NOM) a dormi sous une moustiquaire?	OUI1 NON.....2	→ 33
32	Parmi les enfants de moins de 5 ans qui ont dormi dans le ménage la nuit dernière, tous ont-ils dormi sous une moustiquaire, certains d'entre eux ou aucun?	TOUS.....1 CERTAINS2 AUCUN.....3	
33	Dans votre ménage, y a-t-il un endroit pour se laver les mains?	OUI1 NON.....2	→ 35
34	DEMANDER À VOIR L'ENDROIT LE PLUS SOUVENT UTILISÉ POUR SE LAVÉ LES MAINS ET VÉRIFIER SI LES OBJETS SUIVANTS S'Y TROUVENT	OUI NON EAU/ROBINET1 2 SAVON, CENDRE OU AUTRE PRODUIT LAVANT1 2 CUVETTE.....1 2	
35	DEMANDER À L'ENQUÊTÉE UNE CUILLÈRE DE SEL. TESTER LE SEL POUR VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'IODE. ENREGISTRER LES PPM (PARTS PAR MILLION) ³ .	0 PPM (PAS D'IODE)1 7 PPM.....2 15 PPM.....3 30 PPM.....4	

MESURES DE LA TAILLE ET DU POIDS

VÉRIFIER LES COLONNES (8) ET (9) : ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÂGE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS ET DE TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS.

FEMMES 15-49			POIDS ET TAILLE DES FEMMES DE 15-49						
N° DE LIGNE DE LA COL.(8)	NOM DE LA COL.(2)	ÂGE DE LA COL.(7)	Quelle est la date de naissance de (NOM)?			POIDS (KILOGRAMMES)	TAILLE (CENTIMÈTRES)	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT	RÉSULTAT 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE
(36)	(37)	(38)	(39)			(40)	(41)	(42)	(43)
<input type="text"/>		ANNÉES <input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>

ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS			POIDS ET TAILLE DES ENFANTS NÉS EN 1995 OU PLUS TARD						
N° DE LIGNE DE LA COL.(9)	NOM DE LA COL.(2)	ÂGE DE LA COL.(7)	Quel est la date de naissance de (NOM)?			POIDS (KILOGRAMMES)	TAILLE (CENTIMÈTRES)	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT	RÉSULTAT 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE
			JOUR	MOIS	ANNÉE			ALLOG.DEBOUT	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0 <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0 <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0 <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0 <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0 <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0 <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0 <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="checkbox"/>

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------