

**ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ CONTINUE (EDS-CONTINUE 2015)  
QUESTIONNAIRE FEMME**

**République du Sénégal**

Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan  
Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

ICF International

**IDENTIFICATION**

NOM DE LA LOCALITÉ \_\_\_\_\_

NOM DU CHEF DE MÉNAGE \_\_\_\_\_ NUMÉRO DU MÉNAGE \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE CONCESSION.....

NUMÉRO DE GRAPPE .....

RÉGION \_\_\_\_\_

DEPARTEMENT \_\_\_\_\_

DISTRICT SANITAIRE \_\_\_\_\_

URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) .....

DAKAR/CAPITALE RÉGIONALE/AUTRE VILLE/RURAL  
(DAKAR=1, CAPITALE RÉGIONALE=2, AUTRE VILLE=3, RURAL=4) .....

NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME \_\_\_\_\_

MÉNAGE . . . . .

CONCESI...

GRAPPE . . . . .

RÉGION . . . . .

DEPARTEMENT . . . . .

DISTRICT.....

MILIEU.....

MILIEU (DÉTAILLÉ) ...

N° DE LIGNE ...

**VISITES D'ENQUÊTRICE**

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOIS ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ANNÉE. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	CODE ENQUÊT... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	CODE RÉSULTAT..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		NBRE TOTAL DE VISITES ..... <input type="checkbox"/>
PROCHAINE HEURE	_____	_____		

**\*CODES RÉSULTAT :**

- |                   |                        |               |
|-------------------|------------------------|---------------|
| 1 REMPLI          | 4 REFUSÉ               |               |
| 2 PAS À LA MAISON | 5 REMPLI PARTIELLEMENT | 7 AUTRE _____ |
| 3 DIFFÉRÉ         | 6 INCAPACITÉ           | (PRÉCISER)    |

LANGUE DE QUESTIONNAIRE\*\* \_\_\_\_\_

LANGUE DE L'INTERVIEW\*\* \_\_\_\_\_

INTERPRÈTE (OUI=1, NON=2)

- \*\*CODES LANGUE :**
- |            |             |          |
|------------|-------------|----------|
| 1 FRANÇAIS | 4 SERER     | 8 AUTRES |
| 2 WOLOF    | 5 MANDINGUE |          |
| 3 POULAR   | 6 DIOLA     |          |

**CHEF D'EQUIPE**

NOM \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_

**SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE**

**PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT INFORMÉ**

**CONSENTEMENT INFORMÉ**

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

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

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

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

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
101	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98 ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE ..... 9998	
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 102 ET/OU 103 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	Êtes-vous allée à l'école ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 108
105	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?	ELEMENTAIRE ..... 1 MOYEN ..... 2 SECONDAIRE ..... 3 SUPÉRIEUR ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER)	
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: ELEMENTAIRE <input type="checkbox"/> MOYEN SECONDAIRE OU SUPÉRIEUR <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/PROBLEMES DE VUE ..... 5	
108A	Avez-vous déjà participé à un programme d'alphabétisation ou à un autre programme qui comprenait l'apprentissage de la lecture et de l'écriture (non compris l'école primaire) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 109
108B	Dans quelles langues étaient donnés les programmes d'alphabétisation auxquels vous avez participé ?  INSISTER : Aucun autre ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ARABE/MEDERSA ..... A WOLOF ..... B POULAR ..... C SERER ..... D DIOLA ..... E MANDINGUE ..... F SONINKE ..... G AUTRE ..... X (PRÉCISER LANGUE)	
109	VÉRIFIEZ 108:  CODE '2', '3' <input type="checkbox"/> CODE '1' OU '5' OU '4' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓		→ 111
110	Lisez-vous un journal, l'internet ou un magazine au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
111	Écoutez-vous la radio au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
112	Regardez-vous la télévision au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
113	Quelle est votre religion?	MUSULMAN ..... 1 CHRÉTIEN ..... 2 ANIMISTE ..... 3 SANS RELIGION ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER)	
114A	Etes-vous sénégalaise ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 114B
114	Quelle est votre ethnie?	WOLOF ..... 01 POULAR ..... 02 SERER ..... 03 MANDINGUE ..... 04 DIOLA ..... 05 SONINKÉ ..... 06 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	
114B	Est-ce que vous possédez un téléphone portable?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 114D
114C	Est-ce que vous possédez un téléphone portable pour faire des opérations financières?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
114D	Avez-vous un compte dans une autre institution financière que vous pouvez utiliser?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
114E	Avez-vous déjà utilisé internet?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 115

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
114F	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé internet?	OUI ..... 1 NON..... 2	
114E	Au cours des 12 derniers mois combien de fois avez-vous utilisé internet, presque chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRESQUE CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4	
115	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous dormi ailleurs que chez vous pour une ou plusieurs nuits ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE ..... 00	→ 201
116	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été absent de chez vous pendant plus d'un mois d'affilée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà donné naissance à des enfants ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206
202	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 204
203	Combien de fils vivent avec vous ?  Et combien de filles vivent avec vous ?  SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	FILS À LA MAISON ..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> FILLES À LA MAISON ..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
204	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206
205	Combien de fils sont vivants mais qui ne vivent pas avec vous ?  Combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ?  SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	FILS AILLEURS ..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> FILLES AILLEURS ..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou à une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ?  SI NON INSISTEZ : Aucun bébé qui a crié ou montré un signe de vie mais qui n'a pas survécu ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 208
207	Combien de garçons sont décédés ?  Combien de filles sont décédés ?  SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS ..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> FILLES DÉCÉDÉES ..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUNE, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL DES NAISSANCES ..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
209	VÉRIFIEZ 208:  Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL ____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact ?  OUI <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> NON <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> →  INSISTEZ ET CORRIGEZ 201 À 208 COMME IL SE DOIT		
210	VÉRIFIEZ 208:  UNE NAISSANCE OU PLUS <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> AUCUNE <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> →		→ 226

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

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier enfant/ enfant suivant) ?  INSCRIVEZ LE NOM.  N° DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	(NOM) est-il un garçon ou une fille ?	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?	En quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né ?  INSISTEZ : Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?  INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/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 (NOM) quand il/elle est décédé ?  SI '1 AN', INSISTEZ : Combien de mois avait (NOM) ? INSCRIVEZ EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; EN ANNÉES SI 2 ANS OU PLUS.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?
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 <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	
02	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	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 nom a été donné à votre enfant suivant ?  INSCRIVEZ LE NOM.  N° DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	(NOM) est-il un garçon ou une fille ?  GAR. 1 FILLE 2	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?  SIMP. 1 MULT. 2	En quel mois et quelle année est né (NOM) ?  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"/>	(NOM) est-il/elle encore en vie ?  OUI 1 NON 2 ↓ 220	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?  INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.  ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	(NOM) vit-il/elle avec vous ?  SI EN VIE : 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"/> ↓ (ALLEZ À 221)	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé ?  SI '1 AN', INSISTEZ : Combien de mois avait (NOM) ? INSCRIVEZ EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANNÉES.  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 (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?  OUI .... 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON .... 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
08									
09									
10									
11									
12									
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ? SI OUI, INSCRIVEZ LA/LES NAISSANCE DANS LE TABLEAU.					OUI ..... 1 NON ..... 2 -			
223	COMPAREZ 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHEZ :  NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> → (INSISTEZ ET CORRIGEZ)								
224	VÉRIFIEZ 215 :  INSCRIVEZ LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2010 OU PLUS TARD.					NOMBRE DE NAISSANCES ..... <input type="text"/> AUCUNE ..... 0 → 225			
224A	VÉRIFIEZ 217 : AGE ACTUEL  I AGE ACTUEL DU <input type="text"/> PLUS JEUNE ENFANT ↓ ALLANT DE 3 A 4 ANS REVOLU : IDENTIFIEZ CET ENFANT, INSCRIVEZ SON NOM (A Q212):  (SI DES JUMEAUX, PRENEZ CELUI ENREGISTRE EN DERNIER).  AUTRES CAS: <input type="text"/> → 225								

224B	Qui participe le plus souvent à l'encadrement de (NOM A 224A) par l'animation d'activités d'éveil ?	PÈRE ..... 1 MERE ..... 2 AUTRE MEMBRE DU MENAGE ..... 3 AUCUN MEMBRE DU MENAGE ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	<input type="checkbox"/> →225
224C	En quoi consistent ces activités d'éveil ?	LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRÉS ..... A RACONTER DES HISTOIRE ..... B CHANTER DES CHANSONS Y COMPRIS DES BERCEUSES ..... C AMENER EN PROMENADE ..... D JOUER AVEC LUI ..... E PASSER DU TEMPS A COMPTER/ DESSINER/NOMMER DES OBJETS ... F AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
225	<p><b>C</b> POUR CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2010, INSCRIVEZ 'N' AU MOIS DE NAISSANCE DU CALENDRIER. INSCRIVEZ LE NOM 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><b>C</b> 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"/>	
232	VÉRIFIEZ 231 :  DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN <input type="text"/> JAN. 2010 OU PLUS TARD DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE AVANT <input type="text"/> JAN. 2010		→ 238
233	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ?  <p><b>C</b> 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 2010, 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 2010.  <p><b>C</b> 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 2010 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 2010 ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

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

## SECTION 3. CONTRACEPTION

301	Je voudrais maintenant que nous parlions de planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. De quelles MÉTHODES avez-vous déjà entendu parler ?		
01	<b>Stérilisation féminine.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
02	<b>Stérilisation masculine.</b> INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
03	<b>DIU.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin, une infirmière ou une sage femme leur place dans l'utérus.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
04	<b>Injectables.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé qui les empêche de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
05	<b>Implants.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent se faire insérer par un médecin ou une infirmière un batonnet ou plus sous la peau du haut du bras pour les empêcher de tomber enceinte, pendant une année ou plus.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
06	<b>Pilule.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
07	<b>Condom.</b> INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
08	<b>Condom féminin.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
09	<b>MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRHÉE (MAMA)</b> Jusqu'à 6 mois après une naissance, une femme peut utiliser une méthode qui nécessite d'allaiter souvent, jour et nuit, et que ses règles ne soient pas revenues.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
10	<b>Méthode du collier.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent éviter une grossesse en utilisant un collier/chapelet qui leur permet de repérer les jours où elles ont le plus de chances de tomber enceintes.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
11	<b>Rythme.</b> 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	
12	<b>Retrait.</b> INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
13	<b>Pilule du lendemain.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre pendant trois jours après des rapports sexuels non protégés des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
14	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"/> OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ↓ ENCEINTE <input type="checkbox"/> →		311

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
303	Faites-vous actuellement quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 304
303A	Pourquoi n'utilisez-vous pas quelque chose ou une méthode contraceptive pour retarder ou éviter une grossesse?	RAPPORTS SEX. PEU FRÉQUENTS/MARI ABSENT 01 TOMBÉE ENCEINTE ALORS QU'ELLE UTILISAIT 02 SOUHAITAIT TOMBER ENCEINTE 03 MARI/PARTENAIRE/FAMILLE DÉSAAPPROUVE 04 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES 05 MANQUE D'ACCESSIBILITÉ/TROP ÉLOIGNÉ 06 COÛTE TROP CHER 07 PAS PRATIQUE À UTILISER 08 FATALISTE 09 DIFFICULTÉS POUR TOMBER ENCEINTE/MÉNOP. 10 DISSOLUTION DU MARIAGE/SÉPARATION 11  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98	→ 311
304	Quelle méthode utilisez-vous ?  ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.  SI PLUS D'UNE MÉTHODE EST MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTION DE PASSAGE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE ..... A STÉRILISATION MASCULINE ..... B DIU ..... C INJECTABLES ..... D IMPLANTS ..... E PILULE ..... F CONDOM ..... G CONDOM FÉMININ ..... H DIAPHRAGME ..... I MOUSSE/GELÉE ..... J MAMA ..... K METHODE DU COLLIER ..... L RYTHME ..... M RETRAIT ..... N AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... X AUTRE MÉTHODE TRADITION. .... Y	→ 307 → 308A → 306 → 308A
305	Quel est le nom de la marque des pilules que vous utilisez en ce moment ?  SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ A VOIR LA BOITE	PLANYL ..... 01 PLANOR ..... 02 OVRETTE ..... 03 LO FEMENAL ..... 04 MINIDRIL ..... 05 MINIPHASE ..... 06 STEDIRIL ..... 07 MICROVAL ..... 08 ADEPAL ..... 09 MICROGYNON ..... 10 NÉOGYNON ..... 11 DIANE 35 ..... 12 TRINORDIOL ..... 13 SECURIL ..... 14 LUSIAF ..... 15 MICROLUT ..... 16 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER) NSP ..... 98	→ 308A
306	Quelle est la marque de condom que vous utilisez actuellement ?  SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.	PROTEC ..... 01 FAGAROU ..... 02 VISA ..... 03 MANIX ..... 04 PRESA ..... 05 KAMA SUTRA ..... 06 PROTEX ..... 07 INNOTEX ..... 08 CASANOVA ..... 09 INTIMY ..... 10 CONTEX ..... 11 STAR ..... 12 TROJAM ..... 13 FEMIDON ..... 14 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER) NSP ..... 98	→ 308A

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																				
307	<p>Dans quel établissement a été effectuée la stérilisation ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINEZ SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. 12</p> <p>CENTRE DE PF ..... 13</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE ... 14</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ 16</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET ... 21</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... 22</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MÉDICAL _____ 26</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</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><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><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><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>																					
309	<p>VÉRIFIEZ 308/308A, 215 ET 231 :</p> <p>AUCUNE NAISSANCE OU GROSSESSE TERMINÉE APRÈS MOIS ET ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 308/308A</p> <p>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).</p>	<p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>																					
310	<p>VÉRIFIEZ 308/308A :</p> <p>L'ANNÉE EST 2010 OU PLUS TARD</p> <p><b>C</b> 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>	<p>L'ANNÉE EST 2009 OU AVANT</p> <p><b>C</b> INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE DE LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À JANVIER 2010.</p>	<p>PUIS PASSER À _____ 322</p>																				

N <sup>o</sup>	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
311	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les périodes où, durant ces dernières années, vous ou votre partenaire, avez utilisé une méthode pour éviter une grossesse.</p> <p>UTILISEZ LE CALENDRIER POUR VOUS ASSUREZ DES PÉRIODES D'UTILISATION ET DE NON UTILISATION, EN COMMENÇANT PAR L'UTILISATION LA PLUS RÉCENTE, EN REMONTANT À JANVIER 2010. UTILISEZ LE NOM DES ENFANTS, LES DATES D'ANNIVERSAIRE ET LES PÉRIODES DE GROSSESSE COMME POINT DE RÉFÉRENCE.</p> <p><b>C</b> À LA COLONNE 1, INSCRIVEZ LE CODE D'UTILISATION DE LA MÉTHODE OU '0' POUR NON UTILISATION À CHAQUE MOIS EN BLANC.</p> <p>QUESTIONS ILLUSTRATIVES :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Quand avez-vous utilisé une méthode pour la dernière fois? Quelle était cette méthode ?</li> <li>* Quand avez-vous commencé à utiliser cette méthode? Combien de temps après la naissance de (NOM) ?</li> <li>* Pendant combien de temps avez-vous ensuite utilisé cette méthode ?</li> </ul> <p>À LA COLONNE 2, INSCRIVEZ LES CODES DE DISCONTINUATION À CÔTÉ DU DERNIER MOIS D'UTILISATION. LES NUMÉROS DE CODES À LA COLONNE 2 DOIVENT ÊTRE LES MÊMES QUE CEUX UTILISÉS POUR L'INTERRUPTION DE LA MÉTHODE À LA COLONNE 1.</p> <p>DEMANDEZ POURQUOI ELLE A ARRÊTÉ D'UTILISER LA MÉTHODE. SI L'INTERRUPTION A ÉTÉ SUIVIE D'UNE GROSSESSE, DEMANDEZ SI ELLE EST TOMBÉE ENCEINTE SANS LE VOULOIR ALORS QU'ELLE UTILISAIT LA MÉTHODE OU SI ELLE A DÉLIBÉRÉMENT ARRÊTÉ POUR ÊTRE ENCEINTE.</p> <p>QUESTIONS ILLUSTRATIVES :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Pourquoi avez-vous arrêté d'utiliser la (MÉTHODE) ? Êtes-vous tombée enceinte pendant que vous utilisiez la (MÉTHODE), avez-vous interrompu pour être enceinte, ou avez-vous arrêté pour d'autres raisons ?</li> <li>* SI ELLE A DÉLIBÉRÉMENT ARRÊTÉ POUR ÊTRE ENCEINTE, DEMANDEZ : Combien de mois cela a-t-il pris pour que soyez enceinte après avoir arrêté d'utiliser (MÉTHODE) ? ET INSCRIVEZ '0' À CHACUN DE CES MOIS À LA COLONNE 1.</li> </ul>		
312	<p>VÉRIFIEZ LE CALENDRIER POUR L'UTILISATION D'UNE MÉTHODE À N'IMPORTE QUEL MOIS.</p> <p>AUCUNE MÉTHODE UTILISÉE <span style="margin-left: 100px;">UNE MÉTHODE UTILISÉE</span></p>		314
313	Avez-vous déjà utilisé quelque chose ou essayé de n'importe quelle manière de retarder ou d'éviter une grossesse ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>→ 324</p>
314	<p>VÉRIFIEZ 304 :</p> <p>ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE :</p> <p>SI PLUS D'UN CODE EST ENCERCLE À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.</p>	<p>AUCUN CODE ENCERCLE ..... 00</p> <p>STÉRILISATION FÉMININE ..... 01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE ..... 02</p> <p>DIU ..... 03</p> <p>INJECTABLES ..... 04</p> <p>IMPLANTS ..... 05</p> <p>PILULE ..... 06</p> <p>CONDOM ..... 07</p> <p>CONDOM FÉMININ ..... 08</p> <p>DIAPHRAGME ..... 09</p> <p>MOUSSE/GELÉE ..... 10</p> <p>MAMA ..... 11</p> <p>METHODE DU COLLIER ..... 12</p> <p>RYTHME ..... 13</p> <p>RETRAIT ..... 14</p> <p>AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... 95</p> <p>AUTRE MÉTHODE TRADITION. .... 96</p>	<p>→ 324</p> <p>→ 317A</p> <p>→ 326</p> <p>→ 315A</p> <p>→ 326</p>

N <sup>o</sup>	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
315	Vous avez commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) en (DATE de Q.308/308A). Où l'avez-vous obtenue à ce moment-là ?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV. .... 11 CENTRE SANTÉ GOUV. .... 12 POSTE SANTÉ ..... 13 CENTRE DE PF GOUV. .... 14 MATERNITÉ RURALE ..... 15 CASE DE SANTÉ ..... 16 PHARMACIE COMMUNAUTAIRE ... 17 STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . 18 AUTRE PUBLIC ..... 19 _____ (PRÉCISEZ)	
315A	Où avez-vous appris comment utiliser les méthodes du collier/rythme/MAMA ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINEZ SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET ..... 21 PRIVÉ ..... 22 PHARMACIE ..... 23 MÉDECIN PRIVÉ ..... 24 DISPENSAIRE RELIG ..... 25  AUTRE MEDICAL PRIVÉ ..... 26 _____ (PRÉCISEZ)  AUTRE SOURCE BOUTIQUE ..... 31 ÉGLISE ..... 32 PARENTS/AMIS ..... 33 BAR ..... 34  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 DIAPHRAGME ..... 09 MOUSSE/GELÉE ..... 10 MAMA ..... 11 METHODE DU COLLIER ..... 12 RYTHME ..... 13	→ 323 → 320 → 326
317	À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes que vous pourriez avoir en utilisant cette méthode ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 319
317A	Quand vous avez été stérilisée, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes que vous pourriez avoir à cause de la méthode ?		
318	Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a parlé des effets secondaires ou des problèmes que vous pourriez avoir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 320
319	Vous a-t-on dit ce qu'il fallait faire si vous aviez ces effets secondaires ou ces problèmes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
320	<p>VÉRIFIEZ 317 :</p> <p>CODE '1' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>CODE '1' NON 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> <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>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 322
321	<p>Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
322	<p>VÉRIFIEZ 304 :</p> <p>ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE :</p> <p>S'IL Y A PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE ..... 01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE ..... 02</p> <p>DIU ..... 03</p> <p>INJECTABLES ..... 04</p> <p>IMPLANTS ..... 05</p> <p>PILULE ..... 06</p> <p>CONDOM ..... 07</p> <p>CONDOM FÉMININ ..... 08</p> <p>DIAPHRAGME ..... 09</p> <p>MOUSSE/GELÉE ..... 10</p> <p>MAMA ..... 11</p> <p>METHODE DU COLLIER ..... 12</p> <p>RYTHME ..... 13</p> <p>RETRAIT ..... 14</p> <p>AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... 95</p> <p>AUTRE METHODE TRADITION. .... 96</p>	<p>→ 326</p> <p>→ 326</p> <p>→ 326</p>
323	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV. .... 11</p> <p>CENTRE SANTÉ GOUV. .... 12</p> <p>POSTE SANTÉ ..... 13</p> <p>CENTRE DE PF GOUV. .... 14</p> <p>MATERNITÉ RURALE ..... 15</p> <p>CASE DE SANTÉ ..... 16</p> <p>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE .... 17</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE ..... 18</p> <p>AUTRE PUBLIC ..... 19</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET ..... 21</p> <p>PRIVÉ ..... 22</p> <p>PHARMACIE ..... 23</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... 24</p> <p>DISPENSARE RELIG ..... 25</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ ..... 26</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE ..... 31</p> <p>ÉGLISE ..... 32</p> <p>PARENTS/AMIS ..... 33</p> <p>BAR ..... 34</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISER)</p>	→ 326



N <sup>o</sup>	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
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 HÔPITAL GOUV. .... A CENTRE SANTÉ GOUV. .... B POSTE SANTÉ ..... C CENTRE DE PF GOUV. .... D MATERNITÉ RURALE ..... E CASE DE SANTÉ ..... F PHARMACIE COMMUNAUTAIRE ... G STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . H AUTRE PUBLIC ..... I  _____ (PRÉCISEZ)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET PRIVÉ ..... J PHARMACIE ..... K MÉDECIN PRIVÉ ..... L DISPENSARE RELIG ..... M  AUTRE MEDICAL PRIVÉ ..... N  _____ (PRÉCISEZ)  AUTRE SOURCE BOUTIQUE ..... O ÉGLISE ..... P PARENTS/AMIS ..... Q BAR ..... R  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 :  UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2010 OU PLUS TARD	<input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE EN 2010 OU PLUS TARD	<input type="checkbox"/>	→ 556
402	VÉRIFIEZ 215 : INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE EN 2010 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES, EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ LES 2 DERNIÈRES COLONNES DE QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES). Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).				
403	NUMÉRO DE LIGNE DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO HISTORIQUE 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	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> DÉ	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> DÉ	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> DÉ	
405	Quand vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI ..... 1 (PASSEZ À 408) ←	OUI ..... 1 (PASSEZ À 430) ←	OUI ..... 1 (PASSEZ À 430) ←	
		NON ..... 2	NON ..... 2	NON ..... 2	
406	Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas (ou plus) d'enfant ?	PLUS TARD ..... 1 PLUS D'ENFANT ..... 2 (PASSEZ À 408) ←	PLUS TARD ..... 1 PLUS D'ENFANT ..... 2 (PASSEZ À 430) ←	PLUS TARD ..... 1 PLUS D'ENFANT ..... 2 (PASSEZ À 430) ←	
407	Combien de temps de plus vouliez- vous attendre ?	MOIS ... 1 <input type="text"/> 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.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... A SAGE-FEMME ..... B INFIRMIÈRE/ICP ..... C  AUTRE PERSONNEL MATRONNE ..... D ACCOUCHEUSE TRADITION ... E  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
410	<p>Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette naissance ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LES TYPES 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>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. . . . . A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. . . . . B</p> <p>POSTE DE SANTÉ GOUVT. . . . . C</p> <p>CASE DE SANTÉ . . . . . D</p> <p>CLINIQUE MOBILE . . . . . E</p> <p>AGENT DE SANTÉ . . . . . F</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC . . . . . G</p> <p>_____ G</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . . H</p> <p>PHARMACIE . . . . . I</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ . . . . . J</p> <p>CLINIQUE MOBILE . . . . . K</p> <p>AGENT DE SANTÉ . . . . . L</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ . . . . . M</p> <p>_____ M</p> <p>_____ M</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE . . . . . N</p> <p>PRATICIEN . . . . . O</p> <p>TRADITIONNEL . . . . . O</p> <p>MARCHÉ . . . . . P</p> <p>AGENT COMMUNAUT. . . . . Q</p> <p>AUTRE . . . . . X</p> <p>_____ 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	<p>Est-ce qu'au cours des visites prénatales durant cette grossesse, les examens suivants ont été effectués au moins une fois :</p> <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 NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
416	Durant cette grossesse, combien de fois vous a-t-on fait une injection contre le tétanos ?	FOIS ..... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS ..... 8		
417	VÉRIFIEZ 416 :	2 FOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 421)		
418	À n'importe quel moment avant cette grossesse, vous a-t-on fait des injections contre le tétanos ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 421) ← NE SAIT PAS ... 8		
419	Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu des injections contre le tétanos ?  SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	FOIS ..... <input type="checkbox"/>  NE SAIT PAS ..... 8		
420	Avant cette grossesse, il y a combien d'années que vous avez reçu la dernière injection contre le tétanos ?	IL Y A ANNÉES ... <input type="text"/> <input type="text"/>		
421	Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ? MONTREZ COMP./SIROP.	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 423) ← NE SAIT PAS ..... 8		
421A	Où les comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ont été achetés ou donnés?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LES TYPES 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 GOUVT. A CENTRE DE SANTÉ GOUVT. . . . . B POSTE DE SANTÉ GOUVT. . . . . C CASE DE SANTÉ D CLINIQUE MOBILE E AGENT DE SANTÉ F AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ G (PRÉCISEZ)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... H PHARMACIE I MÉDECIN PRIVÉ J CLINIQUE MOBILE K AGENT DE SANTÉ L AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ M (PRÉCISEZ)  AUTRE ENDROIT BOUTIQUE . . . . N PRATICIEN . . . . TRADITIONNEL O MARCHÉ . . . . P AGENT COMMUNAUT. Q AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
422	Pendant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris des comprimés ou du sirop ?  SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS . . . . 998		
422 A	Pouvez-vous nous décrire les avantages de la prise quotidienne des suppléments de fer/acide folique ?  LAISSEZ LA DECRIRE ET ENCERCLEZ LA/LES REPONSE (S)	PREVIENT L'ANEMIE . . . A PROTEGE LE BEBE . . . B PROTEGE LA GROSSESSE C PROTEGE LA MERE . . . D PREVIENT LE FAIBLE . . . E POIDS DU BEBE . . . . F  AUTRE _____ X A PRECISER  NSP . . . . . 9 (PASSEZ À 423) ←		
422B	D'où tenez-vous cette information ?	Lors d'une CPN     A Médias                B Parents/voisin     C AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE   D  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)		
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 ACT . . . . . B  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS . . . . . Z		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
426	VÉRIFIEZ 425 : SP/FANSIDAR PRIS À TITRE PRÉVENTIF CONTRE LE PALUDISME.	CODE 'A'      CODE ENCERCLÉ    A' NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENCECLÉ ↓ (PASSEZ À 430) ←		
427	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la (SP/Fansidar) ?	FOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>		
427A	Est-ce que, pendant cette grossesse, vous avez reçu une moustiquaire gratuitement pendant une visite CPN ?	OUI ..... 1 NON ..... 2		
428	VÉRIFIEZ 409 : SOINS PRÉNATALS PAR DU PERSONNEL DE SANTÉ DURANT CETTE GROSSESSE.	CODE 'A',      AUTRE <input type="checkbox"/> 'B' OU 'C' 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 (NOM) est né, était-il/elle très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne ou très petit ?	TRÈS GROS ..... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN ..... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8	TRÈS GROS ..... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN ..... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8	TRÈS GROS ..... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN ..... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8
431	(NOM) a t-il /elle été pesé à la naissance ?	OUI ..... 1  NON ..... 2 (PASSEZ À 432A) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1  NON ..... 2 (PASSEZ À 432A) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1  NON ..... 2 (PASSEZ À 432A) ← NE SAIT PAS ..... 8
432	Combien (NOM) pesait-il/elle ?  INSCRIVEZ LE POIDS EN KILOGRAMMES À PARTIR DU CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS 99998	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS 99998	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS 99998

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
432A	(Nom)a-t-il/elle un certificat/acte de naissance ?  Si oui, demander <i>Puis-voir</i> ?	OUI, VU ..... 1 (PASSEZ À 433) ← OUI, NON VU ..... 2 NON ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	OUI, VU ..... 1 (PASSEZ À 433) ← OUI, NON VU ..... 2 NON ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	OUI, VU ..... 1 (PASSEZ À 433) ← OUI, NON VU ..... 2 NON ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8
432B	La naissance de (NOM) a-t-elle été enregistrée/déclarée auprès de l'autorité civile (chef de quartier/chef de village ou officier de l'état civil) ?	OUI ..... 1 (PASSEZ À 433) ← NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 (PASSEZ À 433) ← NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 (PASSEZ À 433) ← NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
432C	Savez-vous comment faire enregistrer la naissance de (nom) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
433	Qui vous a assisté durant l'accouchement de (NOM) ?  Quelqu'un d'autre ?  INSISTEZ POUR LES TYPES DE PERSONNES ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE PERSONNE NE L'A ASSISTÉE, INSISTEZ POUR DÉTERMINER SI DES ADULTES ÉTAIENT PRÉSENTS À L'ACCOUCHEMENT.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... A SAGE-FEMME ..... B INFIRMIÈRE/ICP ..... C  AUTRE PERSONNEL MATRONNE ..... D ACCOUCHEUSE TRADITION ... E  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)  PERSONNE ..... Y	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... A SAGE-FEMME ..... B INFIRMIÈRE/ICP ..... C  AUTRE PERSONNEL MATRONNE ..... D ACCOUCHEUSE TRADITION ... E  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)  PERSONNE ..... Y	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... A SAGE-FEMME ..... B INFIRMIÈRE/ICP ..... C  AUTRE PERSONNEL MATRONNE ..... D ACCOUCHEUSE TRADITION ... E  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)  PERSONNE ..... Y
434	Où avez-vous accouché de (NOM) ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)	MAISON VOTRE MAISON 11 (PASSEZ À 438) ← AUTRE MAISON 12  SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. 21 CENTRE DE SANTÉ/ MATERNITÉ ... 22 POSTE DE SANTÉ GOUVT ..... 23 CASE DE SANTE 24  AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 26 (PRÉCISEZ)  SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ ..... 36 (PRÉCISEZ)  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 438) ←	MAISON VOTRE MAISON 11 (PASSEZ À 448) ← AUTRE MAISON 12  SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. 21 CENTRE DE SANTÉ/ MATERNITÉ ... 22 POSTE DE SANTÉ GOUVT ..... 23 CASE DE SANTE 24  AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 26 (PRÉCISEZ)  SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ ..... 36 (PRÉCISEZ)  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 448) ←	MAISON VOTRE MAISON 11 (PASSEZ À 448) ← AUTRE MAISON 12  SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. 21 CENTRE DE SANTÉ/ MATERNITÉ ... 22 POSTE DE SANTÉ GOUVT ..... 23 CASE DE SANTE 24  AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 26 (PRÉCISEZ)  SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ ..... 36 (PRÉCISEZ)  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 448) ←
435	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne, c'est-à-dire que l'on vous a ouvert le ventre pour faire sortir le bébé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____												
436	Après l'accouchement de (NOM), est-ce que quelqu'un a examiné 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 446) ←														
438	Après l'accouchement de (NOM), est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 442) ←														
439	Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?  INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... 11 SAGE-FEMME ..... 12 INFIRMIÈRE/ICP ..... 13  AUTRE PERSONNEL MATRONNE ..... 21 ACCOUCHEUSE ..... 22 TRADITION ....  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> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> SEMAINES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NE SAIT PAS ... 998														
441	VÉRIFIEZ 437 :	OUI PAS POSÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 446)														
442	Dans les deux mois qui ont suivi la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une accoucheuse traditionnelle a examiné son état de santé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 446) ← NE SAIT PAS ..... 8														
443	Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), le premier examen a-t-il eu lieu ?  SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.	HRS APRES NAIS. .. 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> JRS APRES NAIS. .. 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> SEM.APRES NAIS. .. 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NE SAIT PAS ... 998														
444	Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?  INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... 11 SAGE-FEMME ..... 12 INFIRMIÈRE/ICP ..... 13  AUTRE PERSONNEL MATRONNE ..... 21 ACCOUCHEUSE ..... 22 TRADITION ....  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)														



N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
445	Où ce premier examen de (NOM) a-t-il eu lieu ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCEINDEZ LE CODE APPROPRIÉ.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)	MAISON VOTRE MAISON 11 AUTRE MAISON 12  SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT 21 CENTRE DE SANTÉ/ MATERNITÉ... 22 POSTE DE SANTÉ GOUVT. .... 23 AUTRE PUBLIC _____ (PRÉCISEZ) 26  SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)		
446	Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme (celle-ci/l'une de celles-ci) ?  MONTREZ DES MODÈLES COURANTS D'AMPOULES/ GÉLULES/SIROP.	OUI ..... 1 NON ..... 2  NE SAIT PAS ..... 8		
447	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ?	OUI ..... 1 (PASSEZ À 449) ← NON ..... 2 (PASSEZ À 450) ←		
448	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ?		OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 452) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 452) ←
449	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ?	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/>    NE SAIT PAS ..... 98
450	VÉRIFIEZ 226 :  L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ENCEINTE ?	PAS EN-CEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 452)		
451	Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 453) ←		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
452	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98
453	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI ..... 1 (PASSEZ À 455) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
454	VÉRIFIEZ 404 :  L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT      DÉCÉDÉ ↓              ↓ (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 (NOM) au sein pour la première fois ?  SI MOINS D'UNE HEURE, INSCRIVEZ '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, ENREGISTREZ EN HEURES. SINON, ENREGISTREZ EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT 000  HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>		
456	Dans les trois premiers jours après la naissance est-ce que (NOM) a reçu autre chose à boire que le lait maternel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 458) ←		
457	Qu'a t-on donné à boire à (NOM) ?  Rien d'autre ?  ENREGISTREZ TOUS LES LIQUIDES MENTIONNÉS.	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) A EAU BÉNITE ..... B EAU ..... C EAU SUCRÉE OU EAU GLUCOSÉE D INFUSION CALMANTE POUR COLIQUES E SOLUTION D'EAU SALÉE SUCRÉ F JUS DE FRUIT ... G LAIT EN POUDRE POUR BÉBÉ ... H THÉ/INFUSIONS ... I MIEL ..... J  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)		
458	VÉRIFIEZ 404 :  L'ENFANT EST-IL EN VIE ?	EN VIE      DÉCÉDÉ ↓              ↓ (PASSEZ À 459A)		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
459	Allaitiez-vous encore (NOM) ?	OUI ..... 1 (PASSEZ À 460) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSEZ À 460) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSEZ À 460) ← NON ..... 2
459A	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM) ?	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
459B	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)
460	(NOM) a-t-il bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
461		(RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, 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 NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2010 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES, EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ LES 2 DERNIÈRES COLONNES DE QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).			
502	N° DE LIGNE DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <input style="width:40px; height:20px;" type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <input style="width:40px; height:20px;" type="text"/>	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <input style="width:40px; height:20px;" type="text"/>
503	À PARTIR DE 212 ET 216	NOM _____ EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À LA COL.SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	NOM _____ EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À LA COL.SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	NOM _____ EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DER.COL. DU NOUVEAU QUEST. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISS., ALLEZ À 553)
504A	Avez-vous un carnet ou un autre document où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?  SI OUI : Puis-je le voir ?	OUI, SEUL CARNET VU 1 (PASSEZ À 506A) ← OUI, SEUL AUTRE DOC VU 2 OUI, LES DEUX VUS 3 (PASSEZ À 506A) ← NON, AUCUN DES DEUX VUS 4	OUI, SEUL CARNET VU 1 (PASSEZ À 506A) ← OUI, SEUL AUTRE DOC VU 2 OUI, LES DEUX VUS 3 (PASSEZ À 506A) ← NON, AUCUN DES DEUX VUS 4	OUI, SEUL CARNET VU 1 (PASSEZ À 506A) ← OUI, SEUL AUTRE DOC VU 2 OUI, LES DEUX VUS 3 (PASSEZ À 506A) ← NON, AUCUN DES DEUX VUS 4
505	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ? (2)	OUI ..... 1 (PASSEZ À 509) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSEZ À 509) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSEZ À 509) ← NON ..... 2
506A	(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 VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE) VACCIN POLIO ORAL 1 VACCIN POLIO ORAL 2 VACCIN POLIO ORAL 3 DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1 DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2 DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3 PNEUMO 1 PNEUMO 2 PNEUMO 3 ROTAVIRUS 1 ROTAVIRUS 2 ROTAVIRUS 3 ROUGEOLE Fièvre jaune VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)	BCG VPO 0 VPO 1 VPO 2 VPO 3 Pe1 Pe2 Pe3 PN1 PN2 PN3 ROT 1 ROT 2 ROT 3 ROU F VIT A	BCG VPO 0 VPO 1 VPO 2 VPO 3 Pe1 Pe2 Pe3 PN1 PN2 PN3 ROT 1 ROT 2 ROT 3 ROU F VIT A	
507	VÉRIFIEZ 506 :  BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ(3) <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 511)	BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ(3) <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 511)	BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ(3) <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 511)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
508	(NOM) a-t-il/elle eu des vaccins qui ne sont pas inscrits sur le carnet, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ?  ENREGISTREZ 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE AU MOINS UN DES VACCINS DE 506 QUI N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉ COMME AYANT ÉTÉ DONNÉ.	OUI ..... 1 (INSISTEZ ←) POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506).  (PASSEZ À 511) ← NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 (INSISTEZ ←) POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506).  (PASSEZ À 511) ← NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 (INSISTEZ ←) POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506).  (PASSEZ À 511) ← NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS ..... 8
509	(NOM) a-t-il/elle déjà eu des vaccins pour lui éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS ..... 8
510	Dites-moi si (NOM) a eu l'un des vaccins suivants :			
510A	Le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse habituellement une cicatrice ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
510B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 510E) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 510E) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 510E) ← NE SAIT PAS ..... 8
510C	Le premier vaccin de la polio a-t-il été donné dans les 2 premières semaines après la naissance ou plus tard ?	DEUX 1 <sup>ÈRE</sup> SEMAINES ..... 1 PLUS TARD ..... 2	DEUX 1 <sup>ÈRE</sup> SEMAINES ..... 1 PLUS TARD ..... 2	DEUX 1 <sup>ÈRE</sup> SEMAINES ..... 1 PLUS TARD ..... 2
510D	Combien de fois le vaccin de la polio a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>
510E	Le vaccin du 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 pentavalent, a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>
510FA	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le pneumocoque, c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour éviter la pneumonie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
510FB	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre la pneumonie ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>
510FC	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le rotavirus, c'est-à-dire un liquide dans la bouche pour éviter la diarrhée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
510FD	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre la diarrhée ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
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	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
511	Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) une dose de vitamine A comme (celle-ci/l'une de celles-ci) ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS D'AMPOULES/ GÉLULES/SIROP.	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
512	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) des comprimés de fer, des granules avec du fer ou du sirop contenant du fer comme (celui-ci/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 (NOM) des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
514	(NOM) a-t-il eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 524A) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 524A) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 524A) ← NE SAIT PAS ..... 8
515	Y avait-il du sang dans les selles ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
516	Je voudrais maintenant savoir quelle quantité de liquides a été donnée à (NOM) pendant la diarrhée (y compris le lait maternel).  Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?  SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS ..... 4 RIEN À BOIRE ... 5 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS ..... 4 RIEN À BOIRE ... 5 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS ..... 4 RIEN À BOIRE ... 5 NE SAIT PAS ..... 8
517	Quand (NOM) avait la diarrhée, lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger ?  SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8
518	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 522) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 522) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 522) ←

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
519	<p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ÉTABLISSEMENT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. . . . . B</p> <p>POSTE DE SANTÉ GOUVT. . . . . C</p> <p>CASE DE SANTÉ D</p> <p>CLINIQUE MOBILE E</p> <p>AGENT DE SANTÉ 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>MÉDECIN PRIVÉ J</p> <p>CLINIQUE MOBILE K</p> <p>AGENT DE SANTÉ L</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ M</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE . . . . N</p> <p>PRATICIEN . . . .</p> <p>TRADITIONNEL O</p> <p>MARCHÉ . . . . P</p> <p>AGENT COMMUNAUT. Q</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. . . . . B</p> <p>POSTE DE SANTÉ GOUVT. . . . . C</p> <p>CASE DE SANTÉ D</p> <p>CLINIQUE MOBILE E</p> <p>AGENT DE SANTÉ 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>MÉDECIN PRIVÉ J</p> <p>CLINIQUE MOBILE K</p> <p>AGENT DE SANTÉ L</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ M</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE . . . . N</p> <p>PRATICIEN . . . .</p> <p>TRADITIONNEL O</p> <p>MARCHÉ . . . . P</p> <p>AGENT COMMUNAUT. Q</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. . . . . B</p> <p>POSTE DE SANTÉ GOUVT. . . . . C</p> <p>CASE DE SANTÉ D</p> <p>CLINIQUE MOBILE E</p> <p>AGENT DE SANTÉ 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>MÉDECIN PRIVÉ J</p> <p>CLINIQUE MOBILE K</p> <p>AGENT DE SANTÉ L</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ M</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE . . . . N</p> <p>PRATICIEN . . . .</p> <p>TRADITIONNEL O</p> <p>MARCHÉ . . . . P</p> <p>AGENT COMMUNAUT. Q</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>
520	VÉRIFIEZ 519 :	<p>2 CODES UN SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS ENCER- ENCERCLÉS CLÉ</p> <p>(PASSEZ À 522) ←</p>	<p>2 CODES UN SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS ENCER- ENCERCLÉS CLÉ</p> <p>(PASSEZ À 522) ←</p>	<p>2 CODES UN SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS ENCER- ENCERCLÉS CLÉ</p> <p>(PASSEZ À 522) ←</p>
521	<p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 519.</p>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>
522	<p>Lui avez-vous donné les choses suivantes à boire à n'importe quel moment dès qu'il/elle a commencé à avoir la diarrhée :</p> <p>a) Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé [NOM LOCAL POUR LE SACHET SRO] ?</p> <p>b) Un liquide SRO préconditionné ?</p> <p>c) Un liquide maison recommandé par le gouvernement ?</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SACHET SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE 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 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 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
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
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 ANTIMOTILITÉ B ZINC ..... C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) ..... D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E  INJECTION ANTIBIOTIQUE F NON ANTI-BIOT G INJECTION INCONNUE ... H  (IV) INTRAVEINEUSE I  REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES ..... J  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE A ANTIMOTILITÉ B ZINC ..... C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) ..... D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E  INJECTION ANTIBIOTIQUE F NON ANTI-BIOT G INJECTION INCONNUE ... H  (IV) INTRAVEINEUSE I  REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES ..... J  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE A ANTIMOTILITÉ B ZINC ..... C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) ..... D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E  INJECTION ANTIBIOTIQUE F NON ANTI-BIOT G INJECTION INCONNUE ... H  (IV) INTRAVEINEUSE I  REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES ..... J  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)
524A	Si votre enfant avait de la diarrhée, qu'auriez-vous fait ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	RECHERCHER DU TRAIT. AUPRÈS STRUCT. SANTÉ A DONNER SRO/ZINC B AUTRE ..... X (PRÉCISEZ) RIEN Y	RECHERCHER DU TRAIT. AUPRÈS STRUCT. SANTÉ A DONNER SRO/ZINC B AUTRE ..... X (PRÉCISEZ) RIEN Y	RECHERCHER DU TRAIT. AUPRÈS STRUCT. SANTÉ A DONNER SRO/ZINC B AUTRE ..... X (PRÉCISEZ) RIEN Y
524B	Pouvez-vous citer les avantages de l'utilisation du SRO/ZINC pour le traitement de la diarrhée ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	RÉDUIRE SEVERITÉ DE LA DIARRHÉE A RÉDUIRE DURÉE DE LA DIARRHÉE B RÉDUIRE SURVENUE DE LA DIARRHÉE C AUTRE ..... X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z	RÉDUIRE SEVERITÉ DE LA DIARRHÉE A RÉDUIRE DURÉE DE LA DIARRHÉE B RÉDUIRE SURVENUE DE LA DIARRHÉE C AUTRE ..... X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z	RÉDUIRE SEVERITÉ DE LA DIARRHÉE A RÉDUIRE DURÉE DE LA DIARRHÉE B RÉDUIRE SURVENUE DE LA DIARRHÉE C AUTRE ..... X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z
524C	Pouvez-vous citer les avantages de l'utilisation du SRO/ZINC pour le traitement de la diarrhée ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	RÉDUIRE SEVERITÉ DE LA DIARRHÉE A RÉDUIRE DURÉE DE LA DIARRHÉE B RÉDUIRE SURVENUE DE LA DIARRHÉE C AUTRE ..... X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z		
525	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	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 (NOM) 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 (NOM) a été malade avec de la toux, est-ce qu'il/elle respirait plus vite que d'habitude, avec un souffle court et rapide ou avait-il/elle des difficultés pour respirer ?	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
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
530	VÉRIFIEZ 525 :  A-T-IL EU DE LA FIÈVRE ?	OUI                      NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 503 À LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	OUI                      NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 503 À LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	OUI                      NON OU NSP <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)
531	Je voudrais savoir maintenant quelle quantité de boisson a été donné à (NOM) (y compris le lait maternel) pendant sa maladie avec (de la fièvre et de la toux).  Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?  SI MOINS, INSISTEZ : Lui en a-t-on donné beaucoup moins que d'habitude, ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS    1 UN PEU MOINS    ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ    ... 3 PLUS    ..... 4 RIEN À BOIRE    ..... 5 NE SAIT PAS    ..... 8	BEAUCOUP MOINS    1 UN PEU MOINS    ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ    ... 3 PLUS    ..... 4 RIEN À BOIRE    ..... 5 NE SAIT PAS    ..... 8	BEAUCOUP MOINS    1 UN PEU MOINS    ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ    ... 3 PLUS    ..... 4 RIEN À BOIRE    ..... 5 NE SAIT PAS    ..... 8
532	Quand (NOM) a eu de la (fièvre/toux), lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou ne lui a-t-on rien donné à manger ?  SI MOINS, INSISTEZ : Lui en a-t-on donné beaucoup moins que d'habitude, ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS    1 UN PEU MOINS    ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ    ..... 3 PLUS    ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE    ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER    ..... 6 NE SAIT PAS    ..... 8	BEAUCOUP MOINS    1 UN PEU MOINS    ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ    ..... 3 PLUS    ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE    ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER    ..... 6 NE SAIT PAS    ..... 8	BEAUCOUP MOINS    1 UN PEU MOINS    ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ    ..... 3 PLUS    ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE    ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER    ..... 6 NE SAIT PAS    ..... 8
533	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 537) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 537) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 537) ←

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
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 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 GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. . . . . B</p> <p>POSTE DE SANTÉ GOUVT. . . . . C</p> <p>CASE DE SANTÉ D</p> <p>CLINIQUE MOBILE E</p> <p>AGENT DE SANTÉ 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>MÉDECIN PRIVÉ J</p> <p>CLINIQUE MOBILE K</p> <p>AGENT DE SANTÉ L</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ M</p> <p>_____ M</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE . . . . N</p> <p>PRATICIEN . . . O</p> <p>TRADITIONNEL</p> <p>MARCHÉ . . . . P</p> <p>AGENT COMMUNAUT. Q</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. . . . . B</p> <p>POSTE DE SANTÉ GOUVT. . . . . C</p> <p>CASE DE SANTÉ D</p> <p>CLINIQUE MOBILE E</p> <p>AGENT DE SANTÉ 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>MÉDECIN PRIVÉ J</p> <p>CLINIQUE MOBILE K</p> <p>AGENT DE SANTÉ L</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ M</p> <p>_____ M</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE . . . . N</p> <p>PRATICIEN . . . O</p> <p>TRADITIONNEL</p> <p>MARCHÉ . . . . P</p> <p>AGENT COMMUNAUT. Q</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. . . . . B</p> <p>POSTE DE SANTÉ GOUVT. . . . . C</p> <p>CASE DE SANTÉ D</p> <p>CLINIQUE MOBILE E</p> <p>AGENT DE SANTÉ 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>MÉDECIN PRIVÉ J</p> <p>CLINIQUE MOBILE K</p> <p>AGENT DE SANTÉ L</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ M</p> <p>_____ M</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE . . . . N</p> <p>PRATICIEN . . . O</p> <p>TRADITIONNEL</p> <p>MARCHÉ . . . . P</p> <p>AGENT COMMUNAUT. Q</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>
535	VÉRIFIEZ 534 :	<p>2 CODES 1 SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS EN- <input type="checkbox"/></p> <p>ENCER- CERCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>(PASSEZ À 536A) ←</p>	<p>2 CODES 1 SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS EN- <input type="checkbox"/></p> <p>ENCER- CERCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>(PASSEZ À 53A) ←</p>	<p>2 CODES 1 SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS EN- <input type="checkbox"/></p> <p>ENCER- CERCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>(PASSEZ À 536A) ←</p>
536	Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ? UTILISEZ LES CODES DE 534.	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>
536A	À n'importe quel moment au cours de sa maladie, est-ce qu'on a pris à (NOM) du sang de son doigt ou de son talon ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 537) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 537) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 537) ←
536B	Est-ce qu'on a fait à (NOM) un test diagnostique pour le paludisme?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 537) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 537) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 537) ←
536C	Quelle était le résultat ?	POSITIF . . . . . 1 NÉGATIF . . . . . 2 NE SAIT PAS ..... 8	POSITIF . . . . . 1 NÉGATIF . . . . . 2 NE SAIT PAS ..... 8	POSITIF . . . . . 1 NÉGATIF . . . . . 2 NE SAIT PAS ..... 8
537	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE ; OU,SI PLUS DE ← NAISSANCE, ALLEZ À 553) NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE ; OU,SI PLUS DE ← NAISSANCE, ALLEZ À 553) NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU ← QUESTIONNAIRE ; OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553). NE SAIT PAS ..... 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
538	Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ?  Aucun autre médicament ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ANTIPALUDÉENS ACT ..... A QUININE ..... B AMODIAQUINE ... C SP/FANSIDAR ... D AUTRE ANTI-PALUDÉEN _____ E (PRÉCISEZ)  ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP ..... F INJECTION ... G  AUTRE MÉDICAMENT ASPIRINE ..... H ACETA- MINOPHEN ... I IBUPROFEN ... J  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z	ANTIPALUDÉENS ACT ..... A QUININE ..... B AMODIAQUINE ... C SP/FANSIDAR ... D AUTRE ANTI-PALUDÉEN _____ E (PRÉCISEZ)  ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP ..... F INJECTION ... G  AUTRE MÉDICAMENT ASPIRINE ..... H ACETA- MINOPHEN ... I IBUPROFEN ... J  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z	ANTIPALUDÉENS ACT ..... A QUININE ..... B AMODIAQUINE ... C SP/FANSIDAR ... D AUTRE ANTI-PALUDÉEN _____ E (PRÉCISEZ)  ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP ..... F INJECTION ... G  AUTRE MÉDICAMENT ASPIRINE ..... H ACETA- MINOPHEN ... I IBUPROFEN ... J  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z
539	VÉRIFIEZ 538 : Y A-T-IL UN CODE A-E 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)
540	VÉRIFIEZ 538 : ACT ('A') DONNÉE	CODE 'A'          CODE 'A' ENCERCLÉ          NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ (PASSEZ À 542)	CODE 'A'          CODE 'A' ENCERCLÉ          NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ (PASSEZ À 542)	CODE 'A'          CODE 'A' ENCERCLÉ          NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ (PASSEZ À 542)
541	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre des ACT ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
542	VÉRIFIEZ 538 : QUININE ('B') DONNÉE	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 544) ←	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 544) ←	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 544) ←
543	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre la quinine ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
544	VÉRIFIEZ 538 : AMODIAQUINE ('C') DONNÉE	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 546) ←	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 546) ←	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 546) ←
545	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'amodiaquine ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
546	VÉRIFIEZ 538 : SP/FANSIDAR ('D') DONNÉE	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'D' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 550) ←	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'D' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 550) ←	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'D' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 550) ←
547	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la SP/Fansidar ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
550	VÉRIFIEZ 538 : AUTRE ANTIPALUDÉEN ('E') DONNÉ	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 503 À L'AVANT-DER. COL. DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)
551	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre (AUTRE 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 A
553	<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>INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE ET CONTINUEZ AVEC 554</p> <p>_____</p> <p>(NOM)</p>		556
554	<p>La dernière fois que (NOM DE 553) est allé aux toilettes, qu'avez-vous fait des excréments ?</p>	<p>ENFANT A UTILISÉ TOILETTES OU LATRINES ..... 01</p> <p>A JETÉ/RINSÉ DANS TOILETTES OU LATRINES ..... 02</p> <p>A JETÉ/RINCÉ 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>(PRÉCISEZ)</p>	
555	<p>VÉRIFIEZ 522(a) ET 522(b), TOUTES LES COLONNES :</p> <p>AUCUN ENFANT N'A REÇU DE LIQUIDE DE SACHET SRO OU DE LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ <input type="checkbox"/></p> <p>UN ENFANT A REÇU DU LIQUIDE DE SACHET SRO OU DU LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ <input type="checkbox"/></p>		557
556	<p>Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé [NOM LOCAL DES SACHETS SRO OU DU SRO PRÉCONDITIONNÉ] 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 2013 OU PLUS TARD VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/>                      AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p>INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE ET CONTINUEZ AVEC 558</p> <p>_____</p> <p>(NOM)</p>		601

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

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

## SECTION 6. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
601	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariés ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE ..... 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME ..... 2 NON, PAS EN UNION ..... 3	→ 604
602	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme comme si vous étiez mariés ?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE ..... 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME ..... 2 NON ..... 3	→ 612
603	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ?	VEUVE ..... 1 DIVORCÉE ..... 2 SÉPARÉE ..... 3	→ 609
604	Est-ce que votre (mari/partenaire) vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs ?	VIT AVEC ELLE ..... 1 VIT AILLEURS ..... 2	
605	ENREGISTRER LE NOM ET N° DE LIGNE DU MARI/PARTENAIRE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, ENREGISTREZ '00'.	NOM _____ N° LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
606	Est-ce que votre (mari/partenaire) a d'autres épouses ou vit-il avec d'autres femmes comme s'il était marié ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 609
607	En tout, y compris vous-même, combien a-t-il d'épouses ou de partenaires avec qui il vit comme s'il était marié ?	NOMBRE TOTAL D'ÉPOUSES ET DE FEMMES AVEC QUI IL VIT COMME MARIÉ ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	
608	Êtes-vous la première, deuxième,.....épouse ?	RANG ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
609	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une seule fois ou plus d'une fois ?	SEULEMENT UNE FOIS ..... 1 PLUS D'UNE FOIS ..... 2	
610	VÉRIFIEZ 609 :  MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME AVEC UN HOMME UNE SEULE FOIS <input type="checkbox"/> ↓ En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (mari/partenaire) ?  MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> ↓ Je voudrais maintenant vous parler de votre premier (mari/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98 ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE ..... 9998	→ 612
611	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui pour la première fois ?	ÂGE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
612	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
613	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains aspects importants de la vie.  Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels ?	N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS ..... 00 ÂGE EN ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> 1 <sup>ère</sup> FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIER) MARI/PARTENAIRE ..... 95	→ 628
613A	Quel âge avait ton partenaire?	ÂGE EN ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	
613B	Aviez-vous utilisé un préservatif (masculin ou féminin)?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	



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="1200 248 1295 459"> <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 619) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 619) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 619) ←
618	Un condom a-t-il été utilisé chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
619	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ?  SI PETIT AMI : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariés ? SI OUI, ENCERCLER '2' SI NON, ENCERCLER '3'	MARI ..... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE ... 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 PROSTITUÉE ..... 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 622) ←	MARI ..... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE ... 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 PROSTITUÉE ..... 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 622) ←	MARI ..... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE ... 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 PROSTITUÉE ..... 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 622) ←
620	VÉRIFIEZ 609 :	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE <input type="text"/> FOIS FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSEZ) ← À 622)	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE <input type="text"/> FOIS FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSEZ) ← À 622)	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE <input type="text"/> FOIS FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSEZ) ← À 622)
621	VÉRIFIEZ 613 :	1 <sup>re</sup> FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>er</sup> MARI AUTRE <input type="text"/> (PASSEZ À 623) ↓	1 <sup>re</sup> FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>er</sup> MARI AUTRE <input type="text"/> (PASSEZ À 623) ↓	1 <sup>re</sup> FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>er</sup> MARI AUTRE <input type="text"/> (PASSEZ À 623) ↓
622	Il y a combien de temps que vous avez eu vos premiers rapports sexuels avec cette (seconde/troisième) personne ?	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... 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 ?	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 UNE ESTIMATION. SI LE NBRE DE PARTENAIRE EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.			NOMBRE DE PARTENAIRE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A												
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 PARTENAIRES SUR LA DURÉE DE VIE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>													
628	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES DANS CETTE SECTION	<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>ENFANTS &lt;10 .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>HOMMES ADULTES .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>FEMMES ADULTES .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	ENFANTS <10 .....	1	2	HOMMES ADULTES .....	1	2	FEMMES ADULTES .....	1	2	
	OUI	NON													
ENFANTS <10 .....	1	2													
HOMMES ADULTES .....	1	2													
FEMMES ADULTES .....	1	2													
629	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des condoms masculins?	<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 style="text-align: center;">(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV. .... A</p> <p>CENTRE SANTÉ GOUV. .... B</p> <p>POSTE SANTÉ ..... C</p> <p>CENTRE DE PF GOUV. .... D</p> <p>MATERNITÉ RURALE ..... E</p> <p>CASE DE SANTÉ ..... F</p> <p>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE . G</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE H</p> <p>AUTRE PUBLIC I</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET</p> <p>PRIVÉ ..... J</p> <p>PHARMACIE ..... K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... L</p> <p>DISPENSARE RELIG ..... M</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ N</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE ..... O</p> <p>ÉGLISE ..... P</p> <p>PARENTS/AMIS ..... Q</p> <p>BAR ..... R</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p>													
631	Est-ce que vous pouvez vous procurer des condoms masculins 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> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV. .... A</p> <p>CENTRE SANTÉ GOUV. .... B</p> <p>POSTE SANTÉ ..... C</p> <p>CENTRE DE PF GOUV. .... D</p> <p>MATERNITÉ RURALE ..... E</p> <p>CASE DE SANTÉ ..... F</p> <p>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE . G</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE H</p> <p>AUTRE PUBLIC I</p> <hr/> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET</p> <p>PRIVÉ ..... J</p> <p>PHARMACIE ..... K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... L</p> <p>DISPENSARE RELIG ..... M</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ N</p> <hr/> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE ..... O</p> <p>ÉGLISE ..... P</p> <p>PARENTS/AMIS ..... Q</p> <p>BAR ..... R</p> <p>AUTRE ..... X</p> <hr/> <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"/> Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance (d'un/un autre) enfant ? ENCEINTE <input type="checkbox"/> Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS ..... 1 ANNÉE ..... 2 BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ..... 994 APRÈS LE MARIAGE ..... 995 AUTRE ..... 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 998	→ 710 → 712 → 710
706	VÉRIFIEZ 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→ 711
707	VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>		→ 712
708	VÉRIFIEZ 705 : PAS POSÉE <input type="checkbox"/> 24 MOIS OU PLUS OU 02 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/> 00-23 MOIS OU 00-01 AN <input type="checkbox"/>		→ 711

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
709	<p>VÉRIFIEZ 703 ET 704 :</p> <p style="text-align: center;"> VEUT <input type="checkbox"/>      NE VEUT PLUS <input type="checkbox"/>  UN/UN AUTRE      D'ENFANT/AUCUN  ENFANT      ↓      ↓ </p> <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>	PAS MARIÉE ..... A  RAISONS RELATIVES À LA FÉCONDITÉ PAS DE RAPPORTS SEXUELS ... B RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS C MÉNOPAUSEL/HYSTÉRECTOMIE D NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE E PAS DE RÉGLES DEPUIS DERNIÈRE NAISSANCE ..... F ALLAITE ..... G FATALISTE ..... H  OPPOSITION À L'UTILISATION ENQUÊTÉE OPPOSÉE ..... I MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ ... J AUTRES OPPOSÉS ..... K INTERDITS RELIGIEUX ..... L  MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE M NE CONNAÎT AUCUNE SOURCE N  RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES EFFETS SECONDAIRES/PROBLÈMES DE SANTÉ ..... O PAS ACCESSIBLE /TROP LOIN ... P TROP CHÈRE ..... Q MÉTHODE PRÉFÉRÉE NON DISPONIBLE ..... R AUCUNE MÉTHODE DISPONIBLE S PAS PRATIQUE À UTILISER ... T INTERFÈRE AVEC LES FONCTIONS NORMALES DU CORPS ..... U  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z	
710	VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? PAS POSÉE <input type="checkbox"/> NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> OUI, UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> → 712		
711	Pensez-vous que vous utiliserez, à un certain moment dans le futur, une méthode contraceptive pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
712	VÉRIFIEZ 216 : A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> PAS D'ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> ↓      ↓ 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 ?  Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien en voudriez-vous ?  INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.	AUCUN ..... 00 → 714 NOMBRE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  AUTRE _____ 96 → 714 (PRÉCISEZ)	

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 ?	OUI NON RADIO ..... 1 2 TÉLÉVISION ..... 1 2 JOURNAUX OU MAGAZINES ... 1 2	
715	QUESTIONS SPÉCIFIQUES AU PAYS SUR LES MESSAGES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE DANS LES MÉDIA		
716	VÉRIFIEZ 601 : OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE <input type="checkbox"/> OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 801
717	VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT OU PAS POSÉE <input type="checkbox"/>		→ 720
718	Diriez-vous que l'utilisation de la contraception est principalement votre décision, principalement celle de votre (mari/partenaire) ou est-ce une décision commune que vous avez prise ensemble ?	DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE ..... 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE ... 2 DÉCISION COMMUNE ..... 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
719	VÉRIFIEZ 304 : NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→ 801
720	Est-ce que votre (mari/partenaire) veut le même nombre d'enfants que vous ou en veut-il plus ou moins que vous ?	MÊME NOMBRE ..... 1 PLUS D'ENFANTS ..... 2 MOINS D'ENFANTS ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
801	VÉRIFIEZ 601 ET 602 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> ↓ A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> ↓ JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	→ 803 → 807	
802	Quel âge avait votre (mari/partenaire) à son dernier anniversaire ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	
803	Est-ce que votre (dernier) (mari/partenaire) a fréquenté l'école ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 806
804	Quel est le plus haut niveau d'étude qu'il a atteint: élémentaire, secondaire ou supérieur ?	ELEMENTAIRE ..... 1 MOYEN ..... 2 SECONDAIRE ..... 3 SUPÉRIEUR ..... 4 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"/> ↓ Quelle est l'occupation de votre (mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail fait-il principalement ?  A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> ↓ Quelle était l'occupation de votre (dernier) (mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail faisait-il principalement ?	<input type="text"/> <input type="text"/>  _____ _____ _____	
807	En dehors de votre travail domestique, avez-vous travaillé au cours des sept derniers jours ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 811
808	Comme vous le savez, certaines femmes font un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou une petite affaire ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille.  Au cours des sept derniers jours, avez-vous fait quelque chose de ce genre ou un autre travail ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 811
809	Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des sept derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter pour vacances, maladie, maternité ou pour une autre raison ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 811
810	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 815
811	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?	<input type="text"/> <input type="text"/>  _____ _____	
812	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte ?	MEMBRE DE LA FAMILLE ..... 1 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 2 A SON COMPTE ..... 3	



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

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

## SECTION 9. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À	
901	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 937	
902	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
903	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par les piqûres de moustiques ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
904	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
905	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne qui a le sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
906	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
907	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
908	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son enfant :  Pendant la grossesse ? Au cours de l'accouchement ? Pendant l'allaitement ?	OUI NON NSP GROSSESSE: ..... 1 2 8 ACCOUCHEMENT ..... 1 2 8 ALLAITEMENT ..... 1 2 8		
909	VÉRIFIEZ 908 : AU MOINS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓		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"/> DERNIÈRE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2012 ↓ DERNIÈRE NAISSANCE AVANT JANVIER 2012 <input type="checkbox"/>		926 926	
912	VÉRIFIEZ 408 POUR DERNIÈRE NAISSANCE : A EU DES SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> AUCUN SOIN PRÉNATAL <input type="checkbox"/>		920	
913	VÉRIFIEZ 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 ?	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		
916	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 GOUV. .... 11 CENTRE SANTÉ GOUV. .... 12 POSTE SANTÉ ..... 13 CENTRE DE PF GOUV. .... 14 MATERNITÉ RURALE ..... 15 CASE DE SANTÉ ..... 16 PHARMACIE COMMUNAUTAIRE ..... 17 CENTRE DE CONSEIL DEPISTAGE VOLONTAIRE ..... 18 STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . 19  AUTRE PUBLIC ..... 20 _____ (PRÉCISER)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET PRIVÉ ..... 21 PHARMACIE ..... 22 MÉDECIN PRIVÉ ..... 23 DISPENSARE RELIG ..... 24 LABORATOIRE PRIVE ..... 25 AUTRE MEDICAL PRIVÉ ..... 26 _____ (PRÉCISER)  AUTRE SOURCE BOUTIQUE ..... 31 ÉGLISE ..... 32 PARENTS/AMIS ..... 33 BAR ..... 34  AUTRE ..... 96 _____ (PRÉCISER)		

918	Avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 924
919	Toutes les femmes sont censées recevoir des conseils après avoir effectué le test. Après avoir effectué votre test, avez-vous reçu des conseils ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 924
920	VÉRIFIEZ 434 POUR DERNIÈRE NAISSANCE : N'IMPORTE QUEL CODE <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> 21-36 ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>		926
921	Entrez le moment où vous arrivée pour accoucher et le moment où l'enfant est né, vous a-t-on proposé de faire un test du virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
922	Je ne veux pas connaître les résultats mais vous a-t-on fait un test du virus du sida à ce moment-là ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 926
923	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
924	Avez-vous effectué un test du virus du sida depuis ce moment où vous avez fait un test durant votre grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 927
925	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A ..... MOIS <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS ..... 95	→ 932
926	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous déjà fait un test pour savoir si vous avez le virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 930
927	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A ..... MOIS <input type="text"/> 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 GOUV. .... 11 CENTRE SANTÉ GOUV. .... 12 POSTE SANTÉ ..... 13 CENTRE DE PF GOUV. .... 14 MATERNITÉ RURALE ..... 15 CASE DE SANTÉ ..... 16 PHARMACIE COMMUNAUTAIRE . 17 CENTRE DE CONSEIL DEPISTAGE VOLONTAIRE ..... 18 STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE ..... 19  AUTRE PUBLIC ..... 20 _____ (PRÉCISEZ)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET PRIVÉ ..... 21 PHARMACIE ..... 22 MÉDECIN PRIVÉ ..... 23 LABORATOIRE PRIVE ..... 24 DISPENSARE RELIG ..... 25  AUTRE MEDICAL PRIVÉ ..... 26 _____ (PRÉCISEZ)  AUTRE SOURCE BOUTIQUE ..... 31 ÉGLISE ..... 32 PARENTS/AMIS ..... 33 BAR ..... 34  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 GOUV. .... A CENTRE SANTÉ GOUV. .... B POSTE SANTÉ ..... C CENTRE DE PF GOUV. .... D MATERNITÉ RURALE ..... E CASE DE SANTÉ ..... F PHARMACIE COMMUNAUTAIRE ..... G CENTRE DE CONSEIL DEPISTAGE VOLONTAIRE ..... H STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE ..... I AUTRE PUBLIC ..... J  _____ (PRÉCISEZ)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET PRIVÉ ..... K PHARMACIE ..... L MÉDECIN PRIVÉ ..... M LABORATOIRE PRIVE ..... N DISPENSARE RELIG ..... P N ..... N O ..... O  _____ (PRÉCISEZ)  AUTRE SOURCE BOUTIQUE ..... P ÉGLISE ..... Q PARENTS/AMIS ..... R BAR ..... S  AUTRE ..... X _____ (PRÉCISEZ)		
932	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
933	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non ?	OUI, RESTE SECRET ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ..... 8		
934	Si un membre de votre famille tombait malade avec le sida, seriez-vous prête à prendre soin de lui/elle dans votre propre ménage ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ..... 8		
935	Si une enseignante a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade, est-ce que, à votre avis, elle devrait être autorisée à continuer à enseigner à l'école ?	DEVRAIT ÊTRE AUTORISÉE ..... 1 NE DEVRAIT PAS ÊTRE AUTORISÉE ..... 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ..... 8		
936	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation de condoms pour éviter de contracter le sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ..... 8		
937	VÉRIFIEZ 901 : A ENTENDU PARLER DU SIDA <input type="checkbox"/> ↓ Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ? N'A PAS ENTENDU PARLER DU SIDA <input type="checkbox"/> ↓ Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2		
938	VÉRIFIEZ 613 : A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> ↓ N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>		946	
939	VÉRIFIEZ 937 : A ENTENDU PARLER D'AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ? OUI <input type="checkbox"/> ↓ NON <input type="checkbox"/>		941	

940	J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois. Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
941	Il arrive parfois que les femmes aient des pertes vaginales, anormales et malodorantes. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales anormales et malodorantes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
942	Il arrive parfois que les femmes aient une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
943	VÉRIFIEZ 940, 941, ET 942 : A EU UNE INFECTION (AU MOINS UN 'OUI') <input type="checkbox"/> N'A PAS EU D'INFECTION OU NE SAIT PAS <input type="checkbox"/>		946	
944	La dernière fois que vous avez eu (PROBLEME DÉCLARÉ À 940/941/942), avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 946	
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 GOUVERNEMENTAL ..... A CENTRE SANTÉ GOUV. .... B POSTE SANTÉ ..... C CENTRE DE PF GOUV. .... D MATERNITÉ RURALE ..... E CASE DE SANTÉ ..... F PHARMACIE COMMUNAUTAIRE ..... G STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE ..... H AUTRE PUBLIC ..... I  (PRÉCISEZ)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET PRIVÉ ..... J PHARMACIE ..... K MÉDECIN PRIVÉ ..... L DISPENSARE RELIGIEUX ..... M  AUTRE MEDICAL PRIVÉ ..... N  (PRÉCISEZ)  AUTRE SOURCE BOUTIQUE ..... O ÉGLISE ..... P PARENTS/AMIS ..... Q BAR ..... R  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 d'autres femmes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
948	VÉRIFIEZ 601 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> 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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ 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	→ FIN INTERVIEW
1003	Vous-même, avez-vous été excisée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1009
1004	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui vous a été fait à ce moment-là. Vous a-t-on retiré des chairs de la zone génitale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 1006
1005	Vous a-t-on seulement entaillé les parties génitales sans enlever de chairs ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1006	Vous a-t-on fermé la zone génitale par une couture ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1007	Quel âge aviez-vous quand on vous a excisée ?  SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE EXACT, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>  EN TANT QUE BÉBÉ/ PENDANT L'ENFANCE ..... 95 NE SAIT PAS ..... 98	
1008	Qui a procédé à votre excision ?	EXCISEUSE TRADITIONNELLE ... 11 MATRONE/ACCOUCHEUSE TRAD. 12 AUTRE TRADITIONNEL ..... 16 (PRÉCISEZ)	
1009	VÉRIFIEZ 213, 215 ET 216 :  A AU MOINS UNE FILLE VIVANTE <input type="checkbox"/> NÉE EN 2000 OU PLUS TARD ↓  N'A AUCUNE FILLE VIVANTE <input type="checkbox"/> NÉE EN 2000 OU PLUS TARD		→ 1016

	<p>VÉRIFIEZ 213, 215 ET 216: INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET LE NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 2000 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS POUR TOUTES CES FILLES . COMMENCEZ PAR LA PLUS JEUNE. (S'IL Y A PLUS DE 6 FILLES, UTILISEZ DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).</p> <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur (votre/vos filles) .</p>			
1010	<p>NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 2000 OU PLUS TARD.</p>	<p>FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE</p> <p>(1<sup>ère</sup> FILLE LA PLUS JEUNE)</p> <p>NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p>	<p>AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE</p> <p>(2<sup>è</sup> FILLE LA PLUS JEUNE)</p> <p>NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p>	<p>AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (3<sup>è</sup> FILLE LA PLUS JEUNE)</p> <p>NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p>
1011	<p>Est-ce que (NOM DE LA FILLE) est excisée ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(ALLEZ À 1011 ←</p> <p>À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1016)</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(ALLEZ À 1011 ←</p> <p>À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1016)</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(ALLEZ À 1011 ←</p> <p>À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES ALLEZ À 1016)</p>
1012	<p>Quel âge avait (NOM DE LA FILLE) quand elle a été excisée ?</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES .. <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>
1013	<p>Lui a-t-on fermé la zone génitale par une couture ?</p> <p>INSISTEZ : la zone génitale a-t-été fermée ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>
1014	<p>Qui a procédé à l'excision de votre fille ?</p>	<p>EXCISEUSE TRADITION. ... 11</p> <p>MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION. .... 12</p> <p>AUTRE TRAD. _____ 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p>EXCISEUSE TRADITION..... 11</p> <p>MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION..... 12</p> <p>AUTRE TRAD. _____ 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p>EXCISEUSE TRADITION. .... 11</p> <p>MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION. .... 12</p> <p>AUTRE TRAD. _____ 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>
1015		<p>RETOURNEZ À 1011 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1016.</p>	<p>RETOURNEZ À 1011 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1016.</p>	<p>RETOURNEZ À 1011 À LA COLONNE SUIVANTE DE LA PAGE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1016.</p>



1010	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 2000 OU PLUS TARD.	AVANT AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (4 <sup>e</sup> FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	AVANT AVANT AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (5 <sup>e</sup> FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____	AVANT AVANT AVANT AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (6 <sup>e</sup> FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>  NOM _____
1011	Est-ce que (NOM DE LA FILLE) est excisée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1011 ← À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1016)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1011 ← À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1016)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1011 ← À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES ALLEZ À 1016)
1012	Quel âge avait (NOM DE LA FILLE) quand elle a été excisée ?  SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . . <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . . <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . . <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98
1013	Lui a-t-on fermé la zone génitale par une couture ? INSISTEZ : la zone génitale a-t-été fermée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
1014	Qui a procédé à l'excision de votre fille ?	EXCISEUSE TRADITION. . . . 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION. . . . 12 AUTRE TRAD. . . . . 16 _____ (PRÉCISEZ)  NE SAIT PAS ..... 98	EXCISEUSE TRADITION. . . . 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION. . . . 12 AUTRE TRAD. . . . . 16 _____ (PRÉCISEZ)  NE SAIT PAS ..... 98	EXCISEUSE TRADITION. . . . 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION. . . . 12 AUTRE TRAD. . . . . 16 _____ (PRÉCISEZ)  NE SAIT PAS ..... 98
1015		RETOURNEZ À 1011 À LA COLONNE SUIVANTE DE CETTE PAGE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1016.	RETOURNEZ À 1011 À LA COLONNE SUIVANTE DE CETTE PAGE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1016.	RETOURNEZ À 1011 À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.
1016	Pensez-vous que l'excision est exigée par votre religion ?		OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1017	Pensez-vous que l'excision est une pratique qui doit continuer ou qui doit être abandonnée ?		CONTINUER ..... 1 ABANDONNER ..... 2 CELA DÉPEND ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	
1018	ENREGISTRER L'HEURE		HEURES . . <input type="text"/> <input type="text"/>  MINUTES . . <input type="text"/> <input type="text"/>	

## SECTION 11. TABAGISME

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1100	<b>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur l'usage du tabac à *fumer*, y compris cigarettes, cigares, pipes, cigarettes roulées.</b>		
<b>Si âgée de 50 ans et plus, démarrez l'interview par toutes les questions "Caractéristiques individuelles", 601 à 606 et 801 à 814 en respectant les sauts</b>			
1101	Actuellement*, fumez-vous du tabac quotidiennement, moins d'une fois par jour, ou pas du tout ?	QUOTIDIENNEMENT ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR JOUR ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3 NE SAIT PAS ..... 7 REFUSE DE REPONDRE ..... 8	→ 1104 → 1103 [ ] → FIN INTERVIEW
1102	Avez-vous déjà fumé du tabac quotidiennement dans le passé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 3 REFUSE DE REPONDRE ..... 8	→ 1108 [ ] → 1110
1103	Dans le *passé*, avez-vous fumé du tabac quotidiennement, moins d'une fois par jour, ou pas du tout ?	QUOTIDIENNEMENT ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR JOUR ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3 NE SAIT PAS ..... 7 REFUSE DE REPONDRE ..... 8	[ ] → FIN INTERVIEW
<b>[SI LE RÉPONDANT FUMAIT « QUOTIDIENNEMENT » ET « MOINS D'UNE FOIS PAR JOUR » DANS LE PASSÉ, COCHEZ « QUOTIDIENNEMENT »]</b>			
1104	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à fumer du tabac *quotidiennement* ? <b>[SI NE SAIT PAS OU REFUSE DE RÉPONDRE, SAISISSEZ 99]</b>	AGE EN ANNEES REVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>[SI 1104 = 99, POSEZ LA QUESTION 1105. SINON, PASSEZ À LA QUESTION 1106.]</b>			
1105	Depuis combien d'années avez-vous commencé à fumer du tabac *quotidiennement* ? <b>[SI REFUSE DE RÉPONDRE, SAISISSEZ 99]</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>	

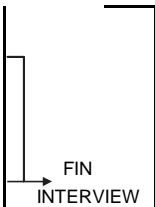
1106

En moyenne, combien des produits suivants fumez-vous actuellement, chaque jour ? Dites-moi également si vous fumez le produit, mais pas tous les jours.

**[SI LE RÉPONDANT INDIQUE QU'IL FUME LE PRODUIT, MAIS PAS TOUS LES JOURS, SAISISSEZ 888**

**SI LE RÉPONDANT DONNE LE NOMBRE DE PAQUETS OU DE CARTONS, DEMANDEZ QUELLE QUANTITÉ SE TROUVE DANS CHACUN, ET CALCULEZ LE NOMBRE TOTAL]**

<p>a. Cigarettes fabriquées ?</p> <p>a1 . <b>[SI 1106a = 888]</b> En moyenne, combien de cigarettes fabriquées fumez-vous actuellement chaque semaine ?</p>	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							<p><i>par jour</i></p> <p><i>par semaine</i></p>	
<p>b. Cigarettes roulées ?</p> <p>b1 . <b>[SI 1106b = 888]</b> En moyenne, combien de cigarettes roulées fumez-vous actuellement chaque semaine ?</p>	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							<p><i>par jour</i></p> <p><i>par semaine</i></p>	
<p>c. Pipes remplies de tabac ?</p> <p>c1. <b>[SI 1106c = 888]</b> En moyenne, combien de pipes remplies de tabac fumez-vous actuellement chaque semaine ?</p>	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							<p><i>par jour</i></p> <p><i>par semaine</i></p>	
<p>d. Cigares, cheroots, ou cigarillos ?</p> <p>d1 . <b>[SI 1106d = 888]</b> En moyenne, combien de Cigares, cheroots, ou cigarillos fumez-vous actuellement chaque semaine ?</p>	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							<p><i>par jour</i></p> <p><i>par semaine</i></p>	
<p>e. Nombre de séances d'utilisation d'une pipe à eau (narguilé) par jour ?</p> <p>e1 . <b>[SI 1106e = 888]</b> En moyenne, à combien de séances d'utilisation d'une pipe à eau participez-vous actuellement chaque semaine ?</p>	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							<p><i>par jour</i></p> <p><i>par semaine</i></p>	
<p>f. D'autres sortes de tabac à fumer ? (→ f1. Veuillez préciser l'autre sorte de tabac que vous fumez actuellement chaque jour : _____)</p> <p>f2. <b>[SI 1106f = 888]</b> En moyenne, combien de [INDIQUER LE PRODUIT] fumez-vous actuellement chaque semaine ?</p>	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							<p><i>par jour</i></p> <p><i>par semaine</i></p>	

1107	Habituellement, après votre réveil, combien de temps restez-vous avant de fumer? Diriez-vous dans les 5 minutes, 6 à 30 minutes, 31 à 60 minutes, ou plus de 60 minutes ?	DANS LES 5 MINUTES ..... 1 6 A 30 MINUTES ..... 2 31 A 60 MINUTES . . . . . 3 PLUS DE 60 MIN ..... 4 REFUSE DE REpondRE ..... 9																									
<b>[FUMEURS ACTUELS FUMANT MOINS D'UNE FOIS PAR JOUR]</b>																											
1108	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à fumer du tabac *quotidiennement* ? <b>[SI NE SAIT PAS OU REFUSE DE RÉPONDRE, SAISISSEZ 99]</b>	AGE EN ANNEES REVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>																									
<b>[SI 1108 = 99, POSEZ LA QUESTION 1109. SINON, PASSEZ À LA QUESTION 1110.]</b>																											
1109	Depuis combien d'années avez-vous commencé à fumer du tabac *quotidiennement* ? <b>[SI REFUSE DE RÉPONDRE, SAISISSEZ 99]</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>																									
###	Combien des produits suivants fumez-vous actuellement au cours d'une semaine normale ? <b>[SI LE RÉPONDANT INDIQUE QU'IL A PRATiqué L'ACTIVITÉ *AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS*, MAIS MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE, ENTRER 888</b>  <b>[SI LE RÉPONDANT DONNE LE NOMBRE DE PAQUETS OU DE CARTONS, DEMANDEZ QUELLE QUANTITÉ SE TROUVE DANS CHACUN, ET CALCULEZ LE NOMBRE TOTAL]</b> <table border="1" data-bbox="225 943 1460 1525"> <tr> <td data-bbox="225 943 863 1032">a. Cigarettes fabriquées ?</td> <td data-bbox="863 943 1015 1032"><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td data-bbox="1015 943 1305 1032"><i>par semaine</i></td> <td data-bbox="1305 943 1460 1032"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="225 1032 863 1122">b. Cigarettes roulées ?</td> <td data-bbox="863 1032 1015 1122"><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td data-bbox="1015 1032 1305 1122"><i>par semaine</i></td> <td data-bbox="1305 1032 1460 1122"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="225 1122 863 1211">c. Pipes remplies de tabac ?</td> <td data-bbox="863 1122 1015 1211"><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td data-bbox="1015 1122 1305 1211"><i>par semaine</i></td> <td data-bbox="1305 1122 1460 1211"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="225 1211 863 1301">d. Cigares, cheroots, ou cigarillos ?</td> <td data-bbox="863 1211 1015 1301"><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td data-bbox="1015 1211 1305 1301"><i>par semaine</i></td> <td data-bbox="1305 1211 1460 1301"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="225 1301 863 1391">e. Nombre de séances d'utilisation d'une pipe à eau (narguilé) par jour ?</td> <td data-bbox="863 1301 1015 1391"><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td data-bbox="1015 1301 1305 1391"><i>par semaine</i></td> <td data-bbox="1305 1301 1460 1391"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="225 1391 863 1525">f. D'autres sortes de tabac à fumer ? (→ f1. Veuillez préciser l'autre sorte de tabac que vous fumez actuellement chaque jour : _____)</td> <td data-bbox="863 1391 1015 1525"><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td data-bbox="1015 1391 1305 1525"><i>par semaine</i></td> <td data-bbox="1305 1391 1460 1525"></td> </tr> </table>			a. Cigarettes fabriquées ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<i>par semaine</i>		b. Cigarettes roulées ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<i>par semaine</i>		c. Pipes remplies de tabac ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<i>par semaine</i>		d. Cigares, cheroots, ou cigarillos ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<i>par semaine</i>		e. Nombre de séances d'utilisation d'une pipe à eau (narguilé) par jour ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<i>par semaine</i>		f. D'autres sortes de tabac à fumer ? (→ f1. Veuillez préciser l'autre sorte de tabac que vous fumez actuellement chaque jour : _____)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<i>par semaine</i>	
a. Cigarettes fabriquées ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<i>par semaine</i>																									
b. Cigarettes roulées ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<i>par semaine</i>																									
c. Pipes remplies de tabac ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<i>par semaine</i>																									
d. Cigares, cheroots, ou cigarillos ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<i>par semaine</i>																									
e. Nombre de séances d'utilisation d'une pipe à eau (narguilé) par jour ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<i>par semaine</i>																									
f. D'autres sortes de tabac à fumer ? (→ f1. Veuillez préciser l'autre sorte de tabac que vous fumez actuellement chaque jour : _____)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<i>par semaine</i>																									

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 : \_\_\_\_\_

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, UTILISATION CONTRACEPTIVES

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  
9 DIAPHRAGME  
J MOUSSE OU GELÉE  
K MAMA  
L METHODE DU COLLIER  
M RYTHME  
P 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			
2	09	SEP	04		2
0	08	AOUT	05		0
1	07	JUILLET	06		1
5	06	JUIN	07		5
*	05	MAI	08		*
	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
4	05	MAI	20		4
*	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
3	05	MAI	32		3
*	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
1	06	JUIN	43		1
2	05	MAI	44		2
*	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
1	06	JUIN	55		1
1	05	MAI	56		1
*	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
1	06	JUIN	67		1
0	05	MAI	68		0
*	04	AVRIL	69		*
	03	MARS	70		
	02	FEV	71		
	01	JAN	72		