

**ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE
QUESTIONNAIRE MENAGE**

REPUBLIQUE FEDERALE ISLAMIQUE DES COMORES
CENTRE NATIONAL DE DOCUMENTATION ET DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE

IDENTIFICATION	
NOM ET CODE DE L'ILE (GRANDE COMORE=1, MOHELI=2, ANJOUAN=3) _____ NOM ET CODE DE LA PREFECTURE _____ NOM ET CODE DE LA LOCALITE _____ CODE DE ZONE DE DENOMBREMENT.....	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; right: 0; width: 10px; height: 10px; background-color: black;"></div> <div style="position: absolute; top: 10px; right: 0; width: 10px; height: 10px; background-color: black;"></div> <div style="position: absolute; top: 20px; right: 10px; width: 10px; height: 10px; background-color: black;"></div> <div style="position: absolute; top: 20px; right: 0; width: 10px; height: 10px; background-color: black;"></div> </div>
NOM DU CHEF DE MENAGE _____ NUMERO DE GRAPPE..... NUMERO DU MENAGE..... URBAIN/RURAL (urbain=1, rural=2).....	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; right: 0; width: 10px; height: 10px; background-color: black;"></div> <div style="position: absolute; top: 10px; right: 0; width: 10px; height: 10px; background-color: black;"></div> <div style="position: absolute; top: 20px; right: 10px; width: 10px; height: 10px; background-color: black;"></div> <div style="position: absolute; top: 20px; right: 0; width: 10px; height: 10px; background-color: black;"></div> </div>
LE MENAGE A ETE SELECTIONNE POUR UNE ENQUETE HOMME <input type="checkbox"/>	MORONI = 1 AUTRE VILLE = 2 CAMPAGNE = 3 <input type="checkbox"/>

VISITES D'ENQUETRICE				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE				JOUR <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
				MOIS <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
				ANNEE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
NON DE L'ENQUETRICE				NOM <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
RESULTAT*				RESULTAT <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
PROCHAINE VISITE: DATE HEURE				NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="checkbox"/>
*CODES RESULTAT: 1 REMPLI 2 PAS DE MEMBRE DU MENAGE A LA MAISON OU PAS D'ENQUETE COMPETENT AU MOMENT DE LA VISITE 3 MENAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PERIODE 4 DIFFERE 5 REFUSE 6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT A L'ADRESSE 7 LOGEMENT DETRUIT 8 LOGEMENT NON TROUVE 9 AUTRE _____ <div style="text-align: center;">(préciser)</div>				TOTAL DANS LE MENAGE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> FEMMES ELIGIBLES <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> HOMMES ELIGIBLES <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> N° DE LIGNE DE PERSONNE ENQUETEE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
LANGUE DE L'INTERVIEW :				FRANÇAIS <input type="checkbox"/>

CONTROLEUSE NOM _____ DATE _____	CHEF D'EQUIPE NOM _____ DATE _____	CONTROLE BUREAU <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	SAISI PAR <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
---	---	---	---

**ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE
QUESTIONNAIRE FEMME**

REPUBLIQUE FEDERALE ISLAMIQUE DES COMORES
CENTRE NATIONAL DE DOCUMENTATION ET DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE

IDENTIFICATION	
NOM ET CODE DE L'ILE (GRANDE COMORE=1, MOHELI=2, ANJOUAN=3) _____	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; right: 0; width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="position: absolute; top: 10px; right: 0; width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="position: absolute; top: 0; right: 10px; width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="position: absolute; top: 10px; right: 10px; width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div>
NOM ET CODE DE LA PREFECTURE _____	
NOM ET CODE DE LA LOCALITE _____	
CODE DE ZONE DE DENOMBREMENT.....	
NOM DU CHEF DE MENAGE _____	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; right: 0; width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="position: absolute; top: 10px; right: 0; width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="position: absolute; top: 0; right: 10px; width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="position: absolute; top: 10px; right: 10px; width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div>
NUMERO DE GRAPPE.....	
NUMERO DU MENAGE.....	
REGION.....	
URBAIN/RURAL (urbain=1, rural=2).....	
MORONI = 1 AUTRE VILLE = 2 CAMPAGNE = 3	
NOM ET N° DE LIGNE DE LA FEMME SUR LE TABLEAU DE MENAGE _____	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; right: 0; width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="position: absolute; top: 10px; right: 0; width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="position: absolute; top: 0; right: 10px; width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="position: absolute; top: 10px; right: 10px; width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div>

VISITES D'ENQUETRIX				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE				JOUR <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
				MOIS <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
NOM DE L'ENQUETRICE				ANNEE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
RESULTAT*				NOM <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
				RESULTAT <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
PROCHAINE VISITE: DATE				NBRE. TOTAL DE VISITES <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
	HEURE			
*CODES RESULTAT <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div> 1 REMPLI 2 PAS A LA MAISON 3 DIFFERE </div> <div> 4 REFUSE 5 PARTIELLEMENT REMPLI 6 INCAPACITE </div> <div> 7 AUTRE _____ (préciser) </div> </div>				
LANGUE DE L'INTERVIEW :				FRANÇAIS <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; vertical-align: middle;">1</div>

CONTROLEUSE	CHEF D'EQUIPE	CONTROLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____ <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div>	NOM _____ <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
DATE _____	DATE _____		

SECTION 1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ENQUETES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE..... MINUTES.....	
102	Pour commencer, je voudrais vous poser quelques questions sur vous-même et votre ménage. Jusqu'à l'âge de 12 ans, avez-vous vécu la plupart du temps à Moroni, dans une autre ville importante, ou dans une autre localité?	MORONI.....1 AUTRE VILLE IMPORTANTE.....2 AUTRE LOCALITE.....3	
103	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RESIDENCE)?	ANNEES..... TOUJOURS.....95 VISITEUR.....96	→105
104	Juste avant de vous installer à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RESIDENCE), viviez-vous à Moroni, dans une autre ville importante, ou dans une autre localité?	MORONI.....1 AUTRE VILLE IMPORTANTE.....2 AUTRE LOCALITE.....3	
105	En quel mois et quelle année êtes-vous née?	MOIS..... NSP MOIS.....98 ANNEE..... NSP ANNEE.....98	
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHERENTS	AGE EN ANNEES REVOLUES.....	
107	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI.....1 NON.....2	→114
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint: primaire, secondaire 1er cycle, secondaire 2eme cycle ou supérieur?	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE 1ER CYCLE.....2 SECONDAIRE 2EME CYCLE.....3 SUPERIEUR.....4	
109	Quelle est la dernière (année/classe) que vous avez achevé à ce niveau?	ANNEE.....	
110	VERIFIER 106: AGEE DE MOINS DE 25 ANS <input type="checkbox"/>	AGEE DE 25 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/>	→113
111	Est-ce que vous allez à l'école actuellement?	OUI.....1 NON.....2	→113
112	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez arrêté d'aller à l'école?	TOMBEE ENCEINTE.....01 S'EST MARIEE.....02 GARDE DES ENFANTS +JEUNES.....03 FAMILLE AVAIT BESOIN D'AIDE AUX CHAMPS OU AU TRAVAIL.....04 POUVAIT PAS PAYER LES FRAIS.....05 DEVAIT GAGNER DE L'ARGENT.....06 SUFFISAMMENT SCOLARISEE.....07 ECHEC A L'ECOLE.....08 N'AIME PAS L'ECOLE.....09 ECOLE INACCESSIBLE/TROP LOIN...10 AUTRE.....96 (PRECISER) NSP.....98	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
124	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir?	MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SUR PLACE.....996	
125	Quel genre de toilettes avez-vous dans votre ménage?	CHASSE D'EAU CHASSE D'EAU PERSONNELLE.....11 CHASSE D'EAU EN COMMUN.....12 FOSSE/LATRINES FOSSE/LATRINES RUDIMENTAIRES..21 FOSSE/LATRINES AMELIOREES.....22 PAS DE TOILETTES/NATURE.....31 AUTRE.....96 (PRECISER)	
126	Dans votre ménage, avez-vous :	OUI NON	
	L'électricité ?	ELECTRICITE.....1 2	
	Une radio?	RADIO.....1 2	
	Une télévision?	TELEVISION.....1 2	
	Le téléphone?	TELEPHONE.....1 2	
	Un réfrigérateur?	REFRIGERATEUR.....1 2	
127	Pouvez-vous décrire le sol de votre maison ?	PLANCHER NATUREL TERRE/SABLE.....11 PLANCHER RUDIMENTAIRE PLANCHES.....21 PLANCHER FINI PARQUET OU BOIS POLI.....31 DALFLEX/ASPHALTE.....32 CARREAUX/CIMENT.....33 MOQUETTE.....35 AUTRE.....96 (PRECISER)	
128	Y-a-t-il quelqu'un de votre ménage qui possède :	OUI NON	
	Une bicyclette?	BICYCLETTE.....1 2	
	Une mobylette ou motocyclette?	MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....1 2	
	Une voiture?	VOITURE.....1 2	

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
201	Maintenant je voudrais vous parler de toutes les naissances que vous avez eues dans votre vie. Avez-vous 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? Combien de filles vivent avec vous? SI "AUCUN", NOTER '00'	FILS A LA MAISON..... FILLES A LA MAISON.....	
204	Avez-vous des fils ou des 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 ne vivent pas avec vous? Combien de filles sont vivantes mais ne vivent pas avec vous? SI "AUCUN", NOTER '00'	FILS AILLEURS..... FILLES AILLEURS.....	
206	Avez-vous donné naissance à un fils ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite? SI NON, INSISTER: Aucun enfant qui a crié ou qui a donné un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours?	OUI.....1 NON.....2 → 208	
207	Combien de vos fils sont décédés? Combien de vos filles sont décédées? SI "AUCUN", NOTER '00'	FILS DECEDE..... FILLE DECEDEE.....	
208	FAITES LA SOMME DE Q. 203, 205 ET 207, ET NOTER LE TOTAL. SI "AUCUN", NOTER '00'	TOTAL.....	
209	VERIFIER 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL ____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.		
210	VERIFIER 208: AU MOINS UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> → 227		

211 Maintenant je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la première naissance que vous avez eue.

NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES A 212. NOTER LES Jumeaux ET TRIPLES SUR DES LIGNES SEPARÉES.

212	213	214	215	216	217 SI VIVANT:	218 SI VIVANT	219 SI DECÉDÉ:	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier/suivant) enfant? (NOM)	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER: Quelle est sa date de naissance? OU: En quelle saison est-il/elle né(e)?	(NOM) est-il/elle toujours en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? NOTER L'ÂGE EN ANNÉES REVOLUES	(NOM) vit-il/elle avec vous?	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est mort(e)? SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait (NOM) en mois? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.	SOUSTRAYRE L'ANNÉE DE NAISSANCE DE (NOM) DE L'ANNÉE DE NAISSANCE PRÉCÉDENTE. LA DIFFÉRENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS?	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM)?
01	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE...	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNÉES	OUI..1 NON..2 (NAIS. SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS....2 ANNÉES..3		
02	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE...	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNÉES	OUI..1 NON..2 (PASSER A 220)	JOURS...1 MOIS....2 ANNÉES..3	OUI..1 NON..2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
03	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE...	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNÉES	OUI..1 NON..2 (PASSER A 220)	JOURS...1 MOIS....2 ANNÉES..3	OUI..1 NON..2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
04	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE...	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNÉES	OUI..1 NON..2 (PASSER A 220)	JOURS...1 MOIS....2 ANNÉES..3	OUI..1 NON..2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
05	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE...	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNÉES	OUI..1 NON..2 (PASSER A 220)	JOURS...1 MOIS....2 ANNÉES..3	OUI..1 NON..2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
06	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE...	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNÉES	OUI..1 NON..2 (PASSER A 220)	JOURS...1 MOIS....2 ANNÉES..3	OUI..1 NON..2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
07	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE...	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNÉES	OUI..1 NON..2 (PASSER A 220)	JOURS...1 MOIS....2 ANNÉES..3	OUI..1 NON..2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
08	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE...	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNÉES	OUI..1 NON..2 (PASSER A 220)	JOURS...1 MOIS....2 ANNÉES..3	OUI..1 NON..2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
09	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE...	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNÉES	OUI..1 NON..2 (PASSER A 220)	JOURS...1 MOIS....2 ANNÉES..3	OUI..1 NON..2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2

212	213	214	215	216	217 SI VIVANT:	218 SI VIVANT	219 SI DECEDE:	220	221
Quel nom a été donné à votre enfant suivant? (NOM)	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER: Quelle est sa date de naissance? OU: En quelle saison est-il/elle né(e)?	(NOM) est-il/elle toujours en vie/	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? NOTER L'AGE EN ANNEES REVOLUES	(NOM) vit-il/elle avec vous?	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est mort(e)? SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait (NOM) en mois? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNEES.	SOUSTRAIRE L'ANNEE DE NAISSANCE DE (NOM) DE L'ANNEE DE NAISSANCE PRECEDENTE. LA DIFFERENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS?	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRECEDENTE) et (NOM)?
10	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE...	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (PASSER A 220)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3	OUI..1 NON..2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
11	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE...	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (PASSER A 220)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3	OUI..1 NON..2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
12	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE...	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (PASSER A 220)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3	OUI..1 NON..2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
13	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE...	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (PASSER A 220)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3	OUI..1 NON..2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
14	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE...	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (PASSER A 220)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3	OUI..1 NON..2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
15	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE...	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (PASSER A 220)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3	OUI..1 NON..2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
222	SOUSTRAIRE L'ANNEE DE NAISSANCE DU DERNIER ENFANT DE L'ANNEE DE L'INTERVIEW. LA DIFFERENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS?							OUI....1 → PASSER A 223 NON....2 → PASSER A 224	
223	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DERNIERE NAISSANCE)?							OUI.....1 NON.....2	
224	COMPARER 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTREES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET NOTER: LES NOMBRES SONT LES MEMES <input type="checkbox"/> LES NOMBRES SONT DIFFERENTS <input type="checkbox"/> → (VERIFIER ET CORRIGER) VERIFIER: POUR CHAQUE NAISSANCE: L'ANNEE DE NAISSANCE EST ENREGISTREE POUR CHAQUE ENFANT VIVANT: L'AGE ACTUEL EST ENREGISTRE POUR CHAQUE ENFANT DECEDE: L'AGE AU DECES EST ENREGISTRE POUR L'AGE AU DECES 12 MOIS ou 1 AN : VERIFIER POUR DETERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS.								
225	VERIFIER 215 ET ENTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES DEPUIS JANVIER 1993. S'IL N'Y EN A PAS, NOTER '0'.								

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
227	Etes-vous enceinte en ce moment?	OUI.....1 NON.....2 PAS SURE.....8	→236
228	De combien de mois êtes-vous enceinte? NOTER LE NOMBRE DE MOIS REVOLUS	MOIS.....	
229	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous ne pas tomber enceinte?	A CE MOMENT-LA.....1 PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PAS.....3	
236	Quand vos dernières règles ont-elles commencées? (INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNEE)	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 ANNEES.....4 EN MENOPAUSE.....994 AVANT LA DERNIERE NAISSANCE....995 JAMAIS EU DE REGLES.....996	
237	Entre le premier jour des règles d'une femme et le premier jour de ses règles suivantes, y-a-t-il des moments où elle a plus de chances de tomber enceinte que d'autres?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→301
238	A quels moments du cycle menstruel, une femme a-t-elle le plus de chances de tomber enceinte?	DURANT SES REGLES.....01 JUSTE APRES LA FIN DES REGLES.....02 AU MILIEU DU CYCLE.....03 JUSTE AVANT DEBUT DES REGLES...04 AUTRE.....96 (PRECISER) NSP.....98	

SECTION 3. CONTRACEPTION

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

ENCERCLER LE CODE '1' DANS 301 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE D'UNE MANIERE SPONTANEE.

PUIS CONTINUER A LA COLONNE 302 EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE NON MENTIONNEE SPONTANEMENT.

ENCERCLER LE CODE '2' SI LA METHODE EST RECONNUE, ET LE CODE '3' SI ELLE N'EST PAS RECONNUE.

PUIS, POUR CHAQUE METHODE AYANT LE CODE '1' OU '2' ENERCLE A 301 OU A 302, POSER 303.

301 Quels sont les moyens ou méthodes dont vous avez entendu parler?	OUI SPONTANE	302 Avez-vous déjà enten- du parler de (METHODE)? OUI DESCRIPTION NON	303 Avez-vous déjà utilisé (METHODE)?
01 PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours.	1	2	OUI.....1 NON.....2
02 DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place dans l'utérus.	1	2	OUI.....1 NON.....2
03 INJECTION Les femmes peuvent avoir une injection par un médecin ou une infirmière pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	1	2	OUI.....1 NON.....2
04 IMPLANT Les femmes se font insérer sous la peau du bras plusieurs petits bâtonnets qui empêchent de tomber enceinte pendant plusieurs années.	1	2	OUI.....1 NON.....2
05 DIAPHRAGME, MOUSSE, GELEE Les femmes peuvent se mettre à l'intérieur une éponge, un suppositoire, un diaphragme, de la gelée ou de la crème avant d'avoir des rapports sexuels.	1	2	OUI.....1 NON.....2
06 CONDOM (CAPOTE ANGLAISE) Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis pendant les rapports sexuels.	1	2	OUI.....1 NON.....2
07 STERILISATION FEMININE Les femmes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	1	2	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI.....1 NON.....2
08 STERILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	1	2	Avez-vous déjà vécu avec un homme qui avait eu une opération pour éviter d'avoir des enfants? OUI.....1 NON.....2
09 RYTHME, CONTINENCE PERIODIQUE Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter d'avoir des rapports sexuels les jours du mois pendant lesquels elle est plus susceptible de tomber enceinte.	1	2	OUI.....1 NON.....2
10 RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	1	2	OUI.....1 NON.....2
11 Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse?	1	3 (PRECISER) (PRECISER)	OUI.....1 NON.....2 OUI.....1 NON.....2

304

VERIFIER 303:

AUCUN "OUI"
(N'A JAMAIS UTILISE)☐AU MOINS UN "OUI"
(A UTILISE)☐

→ PASSER A 309

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
305	Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2	→331
307	Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 303 ET 304 (ET 302 SI NECESSAIRE).		
309	Maintenant, je voudrais vous parler du moment où pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte. Combien d'enfants vivants aviez-vous à ce moment-là? SI AUCUN ENREGISTRER '00'	NOMBRE D'ENFANTS.....	
310	Au moment où vous avez commencé à utiliser la planification familiale pour la première fois, était-ce parce que vous vouliez avoir un autre enfant, mais vous le vouliez plus tard, ou parce que vous ne vouliez plus avoir d'enfant?	VOULAIT ENFANT PLUS TARD.....1 NE VOULAIT PLUS D'ENFANT.....2 AUTRE.....6 (PRECISER)	
311	VERIFIER 303: FEMME NON STERILISEE <input type="checkbox"/> FEMME STERILISEE <input type="checkbox"/>		→314A
312	VERIFIER 227: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→332
313	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2	→331
314	Quelle méthode utilisez-vous?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 IMPLANT.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....06	→326
314A	ENCERCLER '07' POUR STERILISATION FEMININE	STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE.....96 (PRECISER)	→318 →323 →326
317	Combien vous coûte une boîte (cycle) de pilule?	COUT..... GRATUIT.....9996 NSP.....9998	→326

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
318	<p>Où a eu lieu la stérilisation?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL.....11</p> <p>CENTRE DE SANTE/PMI.....12</p> <p>POSTE DE SANTE.....13</p> <p>AUTRE PUBLIC.....14</p> <p>(PRECISER)</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>CLINIQUE PRIVE.....21</p> <p>DOCTEUR PRIVE.....22</p> <p>AUTRE PRIVE</p> <p>MEDICAL.....25</p> <p>(PRECISER)</p> <p>AUTRE.....96</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>	
319	<p>Regrettez-vous d'avoir eu (ou que votre mari ait eu) une opération pour ne plus avoir d'enfants?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	→321
320	<p>Pourquoi regrettez-vous l'opération?</p>	<p>ENQUETEE VEUT AUTRE ENFANT.....01</p> <p>MARI/CONJOINT VEUT ENFANT.....02</p> <p>EFFETS SECONDAIRES.....03</p> <p>ENFANT DECEDE.....04</p> <p>AUTRE.....96</p> <p>(PRECISER)</p>	
321	<p>En quel mois et quelle année la stérilisation a-t-elle eu lieu?</p>	<p>MOIS.....</p> <p>ANNEE.....</p>	→327
323	<p>Comment déterminez-vous les jours de votre cycle mensuel pendant lesquels vous ne devez pas avoir de relations sexuelles?</p>	<p>BASEE SUR LE CALENDRIER.....01</p> <p>BASEE SUR TEMPERATURE CORPS.....02</p> <p>BASEE SUR MUCUS CERVICAL (METHODE BILLINGS).....03</p> <p>BASEE SUR TEMPERATURE DU CORPS ET MUCUS CERVICAL.....04</p> <p>PAS DE SYSTEME SPECIFIQUE.....05</p> <p>AUTRE.....96</p> <p>(PRECISER)</p>	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
326	<p>Depuis combien de mois utilisez-vous (METHODE) de façon continue?</p> <p>SI MOINS DE 1 MOIS, NOTER '00'.</p>	<p>MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>8 ANS OU PLUS.....96</p>	
327	<p>VERIFIER 314:</p> <p>ENCERCLER LE CODE DE LA METHODE:</p>	<p>PILULE.....01</p> <p>DIU.....02</p> <p>INJECTION.....03</p> <p>IMPLANT.....04</p> <p>DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05</p> <p>CONDOM.....06</p> <p>STERILISATION FEMININE.....07</p> <p>STERILISATION MASCULINE.....08 → 334</p> <p>CONTINENCE PERIODIQUE.....09</p> <p>RETRAIT.....10 → 332</p> <p>AUTRE METHODE.....96</p>	
328	<p>Où avez-vous obtenu (METHODE) la dernière fois?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL.....11</p> <p>CENTRE DE SANTE/PMI.....12</p> <p>POSTE DE SANTE.....13</p> <p>AUTRE PUBLIC.....14</p> <p>(PRECISER)</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>CLINIQUE PRIVE.....21</p> <p>DOCTEUR PRIVE.....22</p> <p>DISPANSAIRE.....23 → 334</p> <p>PHARMACIE.....24</p> <p>AUTRE PRIVE</p> <p>MEDICAL.....25</p> <p>(PRECISER)</p> <p>AUTRE</p> <p>BOUTIQUE.....31</p> <p>AMIS/PARENTS.....32</p> <p>AUTRE.....96</p> <p>(PRECISER)</p>	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
331	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse?	NON MARIEE.....11 RAISONS LIEES A LA FECONDITE PAS DE RAPPORTS SEXUELS.....21 RAP. SEX. PEU FREQUENTS.....22 MENOPAUSEE/HYSTERECTOMIE.....23 SOUS-FECONDE/STERILE.....24 POST-PARTUM/ALLAITEMENT.....25 VEUT DES (D'AUTRES) ENFANTS...26 ENCEINTE.....27 OPPOSITION A L'UTILISATION ENQUETEE OPPOSEE.....31 MARI/CONJOINT OPPOSE.....32 AUTRES PERS. OPPOSEES.....33 INTERDITS RELIGIEUX.....34 MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAIT AUCUNE METHODE.....41 NE CONNAIT AUCUNE SOURCE.....42 RAISONS LIEES AUX METHODES PROBLEMES DE SANTE/PMI.....51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES...52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN.....53 TROP CHERE.....54 PAS PRATIQUE A UTILISER.....55 INTERFERE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS.....56 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	
332	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale?	OUI.....1 NON.....2	→334

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
333	<p>Où est-ce?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL.....11</p> <p>CENTRE DE SANTE/PMI.....12</p> <p>POSTE DE SANTE.....13</p> <p>AUTRE PUBLIC.....14</p> <p>(PRECISER)</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>CLINIQUE PRIVE.....21</p> <p>DOCTEUR PRIVE.....22</p> <p>DISPANSAIRE.....23</p> <p>PHARMACIE.....24</p> <p>AUTRE PRIVE MEDICAL.....25</p> <p>(PRECISER)</p> <p>AUTRE</p> <p>BOUTIQUE.....31</p> <p>AMIS/PARENTS.....32</p> <p>AUTRE.....96</p> <p>(PRECISER)</p>	
334	Avez-vous reçu la visite d'un agent du programme de planification familiale au cours des 12 derniers mois?	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	
335	Avez-vous été dans un établissement de santé pour n'importe quelle raison au cours des 12 derniers mois?	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	→337
336	Est-ce quelqu'un de l'établissement de santé vous a parlé des méthodes de planification familiale?	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	
337	Pensez-vous que le fait d'allaiter peut influencer les chances d'une femme de tomber enceinte?	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	→401
338	Pensez-vous que l'allaitement augmente ou diminue les chances d'une femme de tomber enceinte?	<p>AUGMENTE.....1</p> <p>DIMINUE.....2</p> <p>ÇA DEPEND.....3</p> <p>NSP.....8</p>	→401
339	<p>VERIFIER 210:</p> <p>UNE OU PLUSIEURS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/></p> <p>NAISSANCES NAISSANCE</p>		→401
340	Avez-vous déjà compté sur l'allaitement comme un moyen d'éviter de tomber enceinte?	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	→401
341	<p>VERIFIER 227 ET 311:</p> <p>PAS ENCEINTE OU PAS SURE ET NON STERILISEE <input type="checkbox"/> ENCEINTE OU STERILISEE <input type="checkbox"/></p>		→401
342	Comptez-vous actuellement sur l'allaitement pour éviter de tomber enceinte?	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	

SECTION 4A. GROSSESSES ET ALLAITEMENT

401	VERIFIER 225: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANVIER 1993	<input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1993	<input type="checkbox"/> → (PASSER A 467)
402	INSCRIRE LE NUMERO DE LIGNE, LE NOM, L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE DEPUIS JANVIER 1993 ENREGISTREE DANS LE TABLEAU DE REPRODUCTION. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE.) Maintenant, je voudrais vous poser d'autres questions sur la santé de tous les enfants que vous avez eu dans les 3 dernières années. Nous parlerons d'un enfant à la fois.		
403	NUMERO DE LIGNE DE Q212	DERNIERE NAISSANCE N° DE LIGNE.....	AVANT-DERNIERE NAISSANCE N° DE LIGNE.....
404	SELON Q212 ET Q216	NOM..... VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	NOM..... VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>
405	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à ce moment, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous ne plus (pas) avoir d'enfant du tout ?	A CE MOMENT.....1 (PASSER A 407)← PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 407)←	A CE MOMENT.....1 (PASSER A 407)← PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 407)←
406	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre?	MOIS.....1 ANNEES.....2 NSP.....998	MOIS.....1 ANNEES.....2 NSP.....998
407	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous consulté quelqu'un pour des soins prénatals au sujet de cette grossesse? SI OUI: Qui avez-vous consulté? Quelqu'un d'autre? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.	PROFESSIONNELS DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B SAGE-FEMME AUXILIAIRE..C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D AUTRE.....X (PRECISER) PERSONNE.....Y (PASSER A 410)←	PROFESSIONNELS DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B SAGE-FEMME AUXILIAIRE..C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D AUTRE.....X (PRECISER) PERSONNE.....Y (PASSER A 410)←
408	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale?	MOIS..... NSP.....98	MOIS..... NSP.....98
409	Combien de fois avez-vous été en consultation prénatale durant cette grossesse?	NOMBRE DE FOIS..... NSP.....98	NOMBRE DE FOIS..... NSP.....98
410	Quand vous étiez enceinte de (NOM), vous-a-t-on fait une injection dans le bras, pour éviter au bébé d'attraper le tétanos, c'est-à-dire d'avoir des convulsions après la naissance?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 412)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 412)← NSP.....8
411	Pendant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection?	NBRE DE FOIS..... NSP.....8	NBRE DE FOIS..... NSP.....8

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
412	Où avez-vous accouché de (NOM)?	DOMICILE VOTRE DOMICILE.....11 AUTRE DOMICILE.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 CENTRE DE SANTE/PMI....22 POSTE SANTE.....23 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRECISER) SECTEUR PRIVE MEDICAL CLINIQUE PRIVE.....21 AUTRE PRIVE MEDICAL _____ 36 (PRECISER) AUTRE _____ 96 (PRECISER)	DOMICILE VOTRE DOMICILE.....11 AUTRE DOMICILE.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 CENTRE DE SANTE/PMI....22 POSTE SANTE.....23 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRECISER) SECTEUR PRIVE MEDICAL CLINIQUE PRIVE.....21 AUTRE PRIVE MEDICAL _____ 36 (PRECISER) AUTRE _____ 96 (PRECISER)
413	Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM)? Quelqu'un d'autre? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITEES.	PROFESSIONNELS DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B SAGE-FEMME AUXILIAIRE..C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D PARENTS/AMIS.....E AUTRE _____ X (PRECISER) PERSONNE.....Y	PROFESSIONNELS DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B SAGE-FEMME AUXILIAIRE..C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D PARENTS/AMIS.....E AUTRE _____ X (PRECISER) PERSONNE.....Y
414	Au moment de la naissance de (NOM), avez-vous eu un des problèmes suivants: Un long travail, c'est-à-dire des contractions régulières qui ont duré plus de 12 heures ? Des saignements excessifs si importants, que vous avez pensé que votre vie était en danger? Une forte fièvre accompagnée de pertes vaginales malodorantes? Des convulsions non causées par la fièvre?	OUI NON LONG TRAVAIL.....1 2 SAIGNEMENTS EXCESSIFS.....1 2 FORTE FIEVRE AVEC PERTES VAGINALES.....1 2 CONVULSIONS.....1 2	OUI NON LONG TRAVAIL.....1 2 SAIGNEMENTS EXCESSIFS.....1 2 FORTE FIEVRE AVEC PERTES VAGINALES.....1 2 CONVULSIONS.....1 2
415	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne?	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
416	Quand (NOM) est né(e), était-il/elle: très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne, ou très petit?	TRES GROS.....1 PLUS GROS QUE MOYENNE...2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE MOYENNE...4 TRES PETIT.....5 NSP.....8	TRES GROS.....1 PLUS GROS QUE MOYENNE...2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE MOYENNE...4 TRES PETIT.....5 NSP.....8

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
417	Est-ce que (NOM) a été pesé à la naissance?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 419)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 420)←
418	Combien pesait (NOM)? ENREGISTRER LE POIDS PORTE SUR LE CARNET DE SANTE, SI DISPONIBLE	GRAMMES DU CARNET.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE LA MEMOIRE..2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....99998	GRAMMES DU CARNET.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE LA MEMOIRE..2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....99998
419	Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 421)← NON.....2 (PASSER A 422)←	
420	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ?		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 424)←
421	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM), n'avez-vous pas eu de règles?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
422	VERIFIER 227: ENQUETEE ENCEINTE?	PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ↓ ENCEINTE OU PAS SURE (PASSER A 424)	
423	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 425)←	
424	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
425	Avez-vous allaité (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 431)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 431)←
426	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein? SI MOINS D'1 HEURE, NOTER '00' H. SI MOINS DE 24 H., NOTER EN HEURES. AUTREMENT NOTER EN JOURS.	IMMEDIATEMENT.....000 HEURES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/>	IMMEDIATEMENT.....000 HEURES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/>
427	VERIFIER 404: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 429)	VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 429)
428	Allaitiez-vous encore (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 432)← NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 432)← NON.....2
429	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM)?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
430	Pourquoi avez-vous arrêté d'allaiter (NOM) ?	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEMES DE SEINS.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 MERE TRAVAILLE.....06 ENFANT REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 EST TOMBEE ENCEINTE.....09 A COMMENCE UTILISER CONTRACEPTION.....10 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEMES DE SEINS.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 MERE TRAVAILLE.....06 ENFANT REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 EST TOMBEE ENCEINTE.....09 A COMMENCE UTILISER CONTRACEPTION.....10 AUTRE _____ 96 (PRECISER)
431	VERIFIER 404: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 434) (RETOURNER A 405 DANS COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE PASSER A 440)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 434) (RETOURNER A 405 DANS COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE PASSER A 440)
432	Combien de fois avez-vous allaité (NOM) la nuit dernière, entre le coucher et le lever du soleil? SI REPONSE NON-NUMERIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE NUIT..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE NUIT..... <input type="text"/> <input type="text"/>
433	Combien de fois avez-vous allaité (NOM) hier, pendant les heures de la jour? SI REPONSE NON-NUMERIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/>
434	Est-ce-que (NOM) a bu quelque chose au biberon, hier ou la nuit dernière?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8

		DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
435	Est-ce que (NOM) a reçu, à n'importe quel moment, hier ou la nuit dernière, une des choses suivantes ?	<div style="text-align: center;">OUI NON NSP</div>		<div style="text-align: center;">OUI NON NSP</div>	
	Eau?	EAU.....1	2 8	EAU.....1	2 8
	Eau sucrée?	EAU SUCREE.....1	2 8	EAU SUCREE.....1	2 8
	Jus?	JUS.....1	2 8	JUS.....1	2 8
	Tisane?	TISANE.....1	2 8	TISANE.....1	2 8
	Aliment pour bébé?	ALIM. POUR BEBE.....1	2 8	ALIM. POUR BEBE.....1	2 8
	Lait en boîte ou en poudre?	LAIT BOITE/POUDRE...1	2 8	LAIT BOITE/POUDRE...1	2 8
	Lait frais?	LAIT FRAIS.....1	2 8	LAIT FRAIS.....1	2 8
	N'importe quel autre liquide?	AUTRES LIQUIDES.....1	2 8	AUTRES LIQUIDES.....1	2 8
	Aliment à base de maïs ou de riz, tel que bouillie ou pâtes ?	ALIM. A BASE DE MAIS OU RIS.....1	2 8	ALIM. A BASE DE MAIS OU RIS.....1	2 8
	Aliment à base de manioc ou de plantain ?	ALIM. A BASE DE MANIOC OU PLANTAIN.1	2 8	ALIM. A BASE DE MANIOC OU PLANTAIN.1	2 8
	Oeufs, poissons, ou volaille?	OEUF/POISS/VOLAIL...1	2 8	OEUF/POISS/VOLAIL...1	2 8
	Viande?	VIANDE.....1	2 8	VIANDE.....1	2 8
	Autres aliments solides ou semi-solides?	AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES....1	2 8	AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES....1	2 8
436	VERIFIER 435: NOURRITURE OU LIQUIDE DONNE HIER?	"OUI" A UN OU PLUS <input type="checkbox"/>	"NON/NSP" A TOUT ↓ (PASSER A 438)	"OUI" A UN OU PLUS <input type="checkbox"/>	"NON/NSP" A TOUT ↓ (PASSER A 438)
437	(A part le lait maternel,) combien de fois (NOM) a-t-il/elle mangé hier, y compris les repas et les en-cas? SI "7 FOIS OU PLUS", NOTER '7'.	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> NSP.....8		NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> NSP.....8	
438	Combien de jours, sur les 7 derniers jours, (NOM) a-t-il/elle reçu un des liquides et/ou aliments suivants: Eau? Lait (autre que le lait maternel)? Liquides autre que l'eau ou le lait? Aliment à base de maïs ou de riz? Aliments à base de manioc ou de plantain? Oeufs, poisson ou volaille? Viande? Autres aliments solides ou semi-solides? SI "NE SAIT PAS", NOTER '8'.	ENREGISTRER LE NOMBRE DE JOURS EAU..... <input type="text"/> LAIT..... <input type="text"/> AUTRES LIQUIDES..... <input type="text"/> ALIMENTS A BASE DE MAIS OU DE RIZ..... <input type="text"/> ALIMENTS A BASE DE MANIOC OU PLANTAIN.... <input type="text"/> OEUF/POISSON/VOLAILLE.. <input type="text"/> VIANDE..... <input type="text"/> AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES..... <input type="text"/>		ENREGISTRER LE NOMBRE DE JOURS EAU..... <input type="text"/> LAIT..... <input type="text"/> AUTRES LIQUIDES..... <input type="text"/> ALIMENTS A BASE DE MAIS OU DE RIZ..... <input type="text"/> ALIMENTS A BASE DE MANIOC OU PLANTAIN.... <input type="text"/> OEUF/POISSON/VOLAILLE.. <input type="text"/> VIANDE..... <input type="text"/> AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES..... <input type="text"/>	
439		RETOURNER A 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 440.		RETOURNER A 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 440.	

SECTION 4B. VACCINATION ET SANTE

440	INSCRIRE LE NUMERO DE LIGNE, LE NOM, L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE DEPUIS JANVIER 1993 ENREGISTREE DANS LE TABLEAU DE REPRODUCTION. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).																																																																																		
441	NUMERO DE LIGNE DE Q.212	DERNIERE NAISSANCE N° DE LIGNE.....	AVANT-DERNIERE NAISSANCE N° DE LIGNE.....																																																																																
442	SELON Q.212 ET Q.216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (ALLER A 442 DANS COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465)	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (ALLER A 442 DANS COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465)																																																																																
443	Avez-vous une carte où les vaccinations de (NOM) sont inscrites? SI OUI: Puis-je la voir?	OUI, VUE.....1 (PASSER A 445) OUI, NON VUE.....2 (PASSER A 447) PAS DE CARTE.....3	OUI, VUE.....1 (PASSER A 445) OUI, NON VUE.....2 (PASSER A 447) PAS DE CARTE.....3																																																																																
444	Avez-vous déjà eu une carte de vaccination pour (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 447) NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 447) NON.....2																																																																																
445	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATIONS DE CHAQUE VACCIN, A PARTIR DE LA CARTE (2) NOTER '44' DANS LA COL. 'JOUR', SI LA CARTE INDIQUE QU'UN VACCIN A ETE FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ETE REPORTEE. BCG Polio 0 (à la naissance) Polio 1 Polio 2 Polio 3 DTCoq 1 DTCoq 2 DTCoq 3 Rougeole	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>J</th> <th>M</th> <th>A</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P0....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P1....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P2....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P3....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D1....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D2....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D3....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROUG...</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		J	M	A	BCG....				P0....				P1....				P2....				P3....				D1....				D2....				D3....				ROUG...				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>J</th> <th>M</th> <th>A</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P0....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P1....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P2....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P3....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D1....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D2....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D3....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROUG...</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		J	M	A	BCG....				P0....				P1....				P2....				P3....				D1....				D2....				D3....				ROUG...			
	J	M	A																																																																																
BCG....																																																																																			
P0....																																																																																			
P1....																																																																																			
P2....																																																																																			
P3....																																																																																			
D1....																																																																																			
D2....																																																																																			
D3....																																																																																			
ROUG...																																																																																			
	J	M	A																																																																																
BCG....																																																																																			
P0....																																																																																			
P1....																																																																																			
P2....																																																																																			
P3....																																																																																			
D1....																																																																																			
D2....																																																																																			
D3....																																																																																			
ROUG...																																																																																			
446	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur la carte? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUETEE MENTIONNE BCG, POLIO 0-3, DTCoq 1-3, ET/OU ROUGEOLE.	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET NOTER '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 445) NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 449)	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET NOTER '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 445) NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 449)																																																																																

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
447	(NOM) a-t-il/elle reçu des vaccinations pour lui éviter d'attraper des maladies?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 449)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 449)← NSP.....8
448	Dites-moi, s'il vous plaît, si (NOM) a reçu une des vaccinations suivantes:		
448A	La vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection au bras ou à l'épaule qui laisse une cicatrice?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
448B	Le vaccin contre la Polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448E)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 458E)← NSP.....8
448C	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>
448D	Quand est-ce que le premier vaccin contre la Polio a été donné, juste après la naissance ou plus tard?	JUSTE APRES NAISSANCE....1 PLUS TARD.....2	JUSTE APRES NAISSANCE....1 PLUS TARD.....2
448E	Le vaccin du DTCoq c'est-à-dire une injection faite généralement en même temps que l'on donne les gouttes contre la Polio?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448G)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 458G)← NSP.....8
448F	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>
448G	Une injection contre la rougeole?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
449	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre, à un moment quelconque, les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
450	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454)← NSP.....8
451	Quand (NOM) était malade de la toux, respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
452	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la toux?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454)←

		DERNIERE NAISSANCE NOM	AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM
453	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement? Quelque part ailleurs? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE/PMI....B POSTE DE SANTE.....C AUTRE PUBLIC.....D (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE PREIVEE.....E DOCTEUR PRIVE.....F DISPANSAIRE.....G PHARMACIE.....H AUTRE MEDICAL PRIVE.....I (PRECISER) AUTRE BOUTIQUE.....J GUERISSEUR TRADITION...K AUTRE.....X (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE/PMI....B POSTE DE SANTE.....C AUTRE PUBLIC.....D (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE PREIVEE.....E DOCTEUR PRIVE.....F DISPANSAIRE.....G PHARMACIE.....H AUTRE MEDICAL PRIVE.....I (PRECISER) AUTRE BOUTIQUE.....J GUERISSEUR TRADITION...K AUTRE.....X (PRECISER)
453A	Combien de jours se sont passés entre le moment où (NOM) a commencé à avoir la toux et le moment où vous avez demandé des conseils ou un traitement?	NOMBRE DE JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOINS D'UN JOUR.....00	NOMBRE DE JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOINS D'UN JOUR.....00
454	Est-ce-que (NOM) a eu la diarrhée durant les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 464)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 464)← NSP.....8
455	Y-avait-il du sang dans les selles?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
456	Le jour où la diarrhée a été la plus grave, combien de selles (NOM) a-t-il/elle eu?	NOMBRE DE SELLES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	NOMBRE DE SELLES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
457	(NOM) a-t-il reçu la même quantité de liquide qu'avant la diarrhée, plus, ou moins?	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8
458	(NOM) a-t-il reçu la même quantité de nourriture qu'avant la diarrhée, plus, ou moins?	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8
459	(NOM) a-t-il reçu à boire un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé sels de réhydratation?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
460	Est-ce quelque chose d'autre a été donné à (NOM) pour traiter la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 462)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 462)← NSP.....8
461	Qu'a-t-on donné pour traiter la diarrhée? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	SOLUT.MAISON RECOMMANDEE.A COMPRISE OU SIROP.....B INJECTION.....C (I.V.) INTRAVEINEUSE....D REMEDES MAISON/ PLANTES MEDICINALES....E AUTRE _____ X (PRECISER)	SOLUT.MAISON RECOMMANDEE.A COMPRISE OU SIROP.....B INJECTION.....C (I.V.) INTRAVEINEUSE....D REMEDES MAISON/ PLANTES MEDICINALES....E AUTRE _____ X (PRECISER)
462	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 464)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 464)←
463	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement? Quelque part ailleurs? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE/PMI....B POSTE DE SANTE.....C AUTRE PUBLIC _____ D (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE PREIVEE.....E DOCTEUR PRIVE.....F DISPANSAIRE.....G PHARMACIE.....H AUTRE MEDICAL PRIVE _____ I (PRECISER) AUTRE BOUTIQUE.....J GUERISSEUR TRADITION...K AUTRE _____ X (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE/PMI....B POSTE DE SANTE.....C AUTRE PUBLIC _____ D (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE PREIVEE.....E DOCTEUR PRIVE.....F DISPANSAIRE.....G PHARMACIE.....H AUTRE MEDICAL PRIVE _____ I (PRECISER) AUTRE BOUTIQUE.....J GUERISSEUR TRADITION...K AUTRE _____ X (PRECISER)
463A	Combien de jours se sont passés entre le moment où (NOM) a commencé a avoir la diarrhée et le moment où vous avez demandé des conseils ou un traitement?	NOMBRE DE JOURS..... MOINS D'UN JOUR.....00	NOMBRE DE JOURS..... MOINS D'UN JOUR.....00
464		RETOURNER A 442 DANS LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465.	RETOURNER A 442 DANS LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465.

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
465	Quand un enfant a la diarrhée, est-ce-qu'on devrait lui donner à boire moins de liquides que d'habitude, la même quantité, ou plus de liquides que d'habitude?	MOINS DE LIQUIDES.....1 ENVIRON LA MEME QUANTITE.....2 PLUS DE LIQUIDES.....3 NSP.....8	
466	Quand un enfant a la diarrhée, est-ce-qu'on devrait lui donner à manger moins que d'habitude, la même quantité, ou plus que d'habitude?	MOINS A MANGER.....1 ENVIRON LA MEME QUANTITE.....2 PLUS A MANGER.....3 NSP.....8	
467	Quand un enfant a la diarrhée, quels sont les symptômes qui vous indiquent qu'il/elle devrait être emmené(e) dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel de santé? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	SELLES LIQUIDES REPETEES.....A DES SELLES LIQUIDES.....B VOMISSEMENTS REPETES.....C DES VOMISSEMENTS.....D SANG DANS LES SELLES.....E FIEVRE.....F SOIF IMPORTANTE.....G NE MANGE PAS/NE BOIT PAS BIEN....H DEVIENT PLUS/TRES MALADE.....I NE VA PAS MIEUX.....J AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	
468	Quand un enfant souffre de la toux, quels sont les symptômes qui vous indiquent qu'il/elle devrait être emmené(e) dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel de santé? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	RESPIRATION RAPIDE.....A DIFFICULTE A RESPIRER.....B RESPIRATION BRUYANTE.....C FIEVRE.....D INCAPABLE DE BOIRE.....E NE MANGE PAS/NE BOIT PAS BIEN....F DEVIENT PLUS/TRES MALADE.....G NE VA PAS MIEUX.....H AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	
469	VERIFIER 459, TOUTES LES COLONNES: AUCUN ENFANT N'A REÇU DE SRO OU LA QUESTION N'A PAS ETE POSEE <input type="checkbox"/> AU MOINS UN ENFANT A REÇU DES SRO <input type="checkbox"/>		501
470	Avez-vous entendu parler d'un produit spécial appelé SRO que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2	

SECTION 5. MARIAGE

PASSER
A

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
501	AUTRES PERSONNES PRESENTES AU MOMENT DE L'INTERVIEW	<div style="text-align: right;">OUI NON</div> ENFANT MOINS DE 10 ANS.....1 2 MARI/CONJOINT.....1 2 AUTRES HOMMES.....1 2 AUTRES FEMMES.....1 2	
502	Etes-vous actuellement mariée ou vivez-vous actuellement avec un homme?*	OUI, ACTUELLEMENT MARIEE.....1 OUI, VIT AVEC UN HOMME.....2 NON, PAS EN UNION.....3	→507
503	Avez-vous actuellement un partenaire sexuel régulier, un partenaire sexuel occasionnel ou pas de partenaire sexuel du tout?	PARTENAIRE SEXUEL REGULIER.....1 PARTENAIRE SEXUEL OCCASIONNEL...2 PAS DE PARTENAIRE SEXUEL.....3	
504	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme?	OUI, A ETE MARIEE.....1 OUI, A VECU AVEC UN HOMME.....2 NON.....3	→511 →515
505	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle: êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE.....1 DIVORCEE.....2 SEPARÉE.....3	→511
507	Est-ce que votre mari/conjoint vit avec vous, ou vit-il ailleurs?	VIT AVEC ELLE.....1 VIT AILLEURS.....2	→508
507A	NOTER LE NUMERO DE LIGNE DE SON MARI SELON LE QUESTIONNAIRE MENAGE. S'IL NE FIGURE PAS DANS LE MENAGE, NOTER '00'.		<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
508	Est-ce-que votre mari/conjoint a d'autres épouses, en plus de vous-même?	OUI.....1 NON.....2	→511
509	Combien d'autres femmes a-t-il?	NOMBRE..... <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> NSP.....98	→511
510	Etes-vous la première, la seconde,.....épouse?	RANG..... <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
511	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme, une fois ou plus d'une fois?	UNE FOIS.....1 PLUS D'UNE FOIS.....2	
512	VERIFIER 511: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/> ↓ En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec votre mari/conjoint? </div> <div style="width: 45%;"> MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> ↓ Maintenant nous allons parler de votre premier mari/conjoint. En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec lui? </div> </div>	MOIS..... <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> NSP MOIS.....98 ANNEE..... <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> NSP ANNEE.....98	→515
513	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui?	AGE..... <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
515	<p>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes en rapport avec la planification familiale.</p> <p>Il y a combien de temps que vous avez eu votre dernier rapport sexuel (si vous en avez déjà eu)?</p>	<p>JAMAIS.....000</p> <p>NOMBRE DE JOURS.....1</p> <p>NOMBRE DE SEMAINES.....2</p> <p>NOMBRE DE MOIS.....3</p> <p>NOMBRE D'ANNEES.....4</p> <p>AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...996</p>	→ 612
516	<p>VERIFIER 301 ET 302:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>CONNAIT LE CONDOM <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Lors de votre dernier rapport sexuel, est-ce que votre partenaire a utilisé un condom?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NE CONNAIT PAS LE CONDOM <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Certains hommes utilisent un condom (capote anglaise) c'est-à-dire qu'ils mettent une capote en caoutchouc sur leur pénis durant les rapports sexuels. Lors de votre dernier rapport sexuel, est-ce que votre partenaire a utilisé un condom?</p> </div> </div>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	
517	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer des condoms?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	→ 519
518	<p>Où est-ce?</p> <p>Quelque part ailleurs?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL.....A</p> <p>CENTRE DE SANTE/PMI.....B</p> <p>POSTE DE SANTE.....C</p> <p>AUTRE PUBLIC</p> <p>_____ D</p> <p>(PRECISER)</p> <p>(PRECISER)</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>CLINIQUE PRIVEE.....E</p> <p>DOCTEUR PRIVE.....F</p> <p>DISPANSAIRE.....G</p> <p>PHARMACIE.....H</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE</p> <p>_____ I</p> <p>(PRECISER)</p> <p>AUTRE</p> <p>BOUTIQUE.....J</p> <p>GUERISSEUR TRADITIONNEL.....K</p> <p>AUTRE</p> <p>_____ L</p> <p>(PRECISER)</p>	
519	<p>Quel âge aviez-vous quand vous avez eu votre premier rapport sexuel?</p>	<p>AGE.....</p> <p>PREMIERE FOIS AU MARIAGE.....96</p>	

SECTION 6. PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A								
601	VERIFIER 314: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> NI LUI NI ELLE STERILISE <input type="checkbox"/> </div> <div> LUI OU ELLE STERILISE <input type="checkbox"/> </div> </div>		612								
602	VERIFIER 227: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants? </div> <div> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autres enfants? </div> </div>	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT.....1 PAS D'AUTRE/AUCUN.....2 DIT NE PEUT PAS ETRE ENCEINTE...3 INDECISE/NSP.....8	606 604								
603	VERIFIER 227: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> Combien de temps, voudriez-vous attendre, à partir de maintenant, avant la naissance d'un (autre) enfant? </div> <div> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Après l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant? </div> </div>	MOIS.....1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNEES.....2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> BIENTOT/MAINTENANT.....993 DIT PEUT PAS ETRE ENCEINTE....994 APRES LE MARIAGE.....995 AUTRE.....996 (PRECISER) NSP.....998									606
604	VERIFIER 227: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> </div> <div> ENCEINTE <input type="checkbox"/> </div> </div>		607								
605	Si vous tombiez enceinte dans les prochaines semaines, seriez-vous contente, pas contente, ou cela vous serait-il égal ?	CONTENTE.....1 PAS CONTENTE.....2 EGAL.....3									
606	VERIFIER 313: UTILISE UNE METHODE? <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> PAS POSEE <input type="checkbox"/> </div> <div> N'UTILISE PAS ACTUEL- LEMENT DE METHODE <input type="checkbox"/> </div> <div> UTILISE ACTUELLEMENT UNE METHODE <input type="checkbox"/> </div> </div>		612								
607	Pensez-vous que vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse dans les 12 prochains mois?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	609								
608	Pensez-vous que vous utiliserez une méthode dans le futur?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	610 612								

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
609	Quelle méthode préféreriez-vous utiliser?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 IMPLANT.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....06 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE.....96 (PRECISER) PAS SURE.....98	→612
610	Quelle est la principale raison pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez jamais de méthode?	NON MARIEE.....11 RAISONS LIEES A LA FECONDITE RAP. SEX. PEU FREQUENTS.....22 MENOPAUSEE/HYSTERECTOMIE.....23 SOUS-FECONDE/STERILE.....24 VEUT DES ENFANTS.....26 OPPOSITION A L'UTILISATION ENQUETEE OPPOSEE.....31 MARI/CONJOINT OPPOSE.....32 AUTRES PERS. OPPOSEES.....33 INTERDITS RELIGIEUX.....34 MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAIT AUCUNE METHODE.....41 NE CONNAIT AUCUNE SOURCE.....42 RAISONS LIEES A UNE METHODE PROBLEMES DE SANTE.....51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES...52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN.....53 TROP CHERE.....54 PAS PRATIQUE A UTILISER.....55 INTERFERE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS.....56 AUTRE.....96 (PRECISER) NSP.....98	→612
611	Utiliseriez-vous une méthode si vous étiez mariée?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A																		
612	<div>VERIFIER 216:</div> <div><div>A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></div><div>N'A PAS D'ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></div><div><div>Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfants et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</div><div>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</div></div><div>INSISTER POUR OBTENIR UNE REPONSE NUMERIQUE</div></div> <td><div>NOMBRE.....<input type="text"/><input type="text"/></div><div>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</div></td> <td></td>	<div>NOMBRE.....<input type="text"/><input type="text"/></div> <div>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</div>																			
614	En général, approuvez-vous ou désapprouvez-vous les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	<div>APPROUVE.....1</div> <div>DESAPPROUVE.....2</div> <div>SANS OPINION.....3</div>																			
615	<div>Trouvez-vous acceptable ou pas acceptable que des informations sur la planification familiale soient données :</div> <div>A la radio?</div> <div>A la télévision?</div>	<table><tr><th></th><th>ACCEP- TABLE</th><th>NON ACCEP- TABLE</th><th>NSP</th></tr><tr><td>RADIO.....1</td><td></td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>TELEVISION.....1</td><td></td><td>2</td><td>8</td></tr></table>		ACCEP- TABLE	NON ACCEP- TABLE	NSP	RADIO.....1		2	8	TELEVISION.....1		2	8							
	ACCEP- TABLE	NON ACCEP- TABLE	NSP																		
RADIO.....1		2	8																		
TELEVISION.....1		2	8																		
616	<div>Durant les derniers mois, avez-vous entendu quelque chose sur la planification familiale:</div> <div>A la radio?</div> <div>A la télévision?</div> <div>Dans les journaux ou les magazines?</div> <div>Sur une affiche?</div> <div>Sur un prospectus ou une brochure?</div>	<table><tr><th></th><th>OUI</th><th>NON</th></tr><tr><td>RADIO.....1</td><td></td><td>2</td></tr><tr><td>TELEVISION.....1</td><td></td><td>2</td></tr><tr><td>JOURNAUX OU MAGAZINES.....1</td><td></td><td>2</td></tr><tr><td>AFFICHE.....1</td><td></td><td>2</td></tr><tr><td>PROSPECTUS OU BROCHURES.....1</td><td></td><td>2</td></tr></table>		OUI	NON	RADIO.....1		2	TELEVISION.....1		2	JOURNAUX OU MAGAZINES.....1		2	AFFICHE.....1		2	PROSPECTUS OU BROCHURES.....1		2	
	OUI	NON																			
RADIO.....1		2																			
TELEVISION.....1		2																			
JOURNAUX OU MAGAZINES.....1		2																			
AFFICHE.....1		2																			
PROSPECTUS OU BROCHURES.....1		2																			

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
618	Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la planification familiale avec vos ami(e)s, vos voisins ou vos parents?	OUI.....1 NON.....2	→ 620
619	Avec qui en avez-vous discuté? Quelqu'un d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	MARI/CONJOINT.....A MERE.....B PERE.....C SOEUR(S).....D FRERE(S).....E FILLE.....F BELLE-MERE.....G AMIE(S)/VOISINS.....H AUTRE.....X (PRECISER)	
620	VERIFIER 502: OUI, ACTUELLE- MENT MARIEE <input type="checkbox"/> OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 701
621	Les époux/conjoints ne sont pas toujours d'accord sur tout. Je voudrais vous poser des questions sur le point de vue de votre mari/conjoint sur la planification familiale. Pensez-vous que votre mari/conjoint approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 NSP.....8	
622	Combien de fois, avez-vous parlé avec votre mari/conjoint de la planification familiale, au cours des 12 derniers mois?	JAMAIS.....1 UNE OU DEUX FOIS.....2 PLUS SOUVENT.....3	
623	Pensez-vous que votre mari/conjoint veut le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage que vous ou en veut moins que vous?	MEME NOMBRE.....1 PLUS D'ENFANTS.....2 MOINS D'ENFANTS.....3 NSP.....8	

SECTION 7. CARACTERISTIQUES DU CONJOINT ET ACTIVITE PROFESSIONNELLE DE LA FEMME

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
701	VERIFIER 502 ET 504 : <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 20%;"> ACTUEL. MARIEE/VIT AVEC UN HOMME </div> <div style="width: 20%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="width: 40%;"> A ETE MARIEE OU A VECU AVEC UN HOMME </div> <div style="width: 20%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 20%;"> N'A JAMAIS ETE MARIEE NI VECU AVEC UN HOMME </div> <div style="width: 20%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> </div>		703 709
702	Quel âge a eu votre mari/conjoint à son dernier anniversaire?	AGE.....	<input type="text"/>
703	Est-ce que votre mari/conjoint a fréquenté l'école?	OUI.....1 NON.....2	→ 706
704	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint: primaire, secondaire 1er cycle, secondaire 2eme cycle ou supérieur?	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE 1ER CYCLE.....2 SECONDAIRE 2EME CYCLE.....3 SUPERIEUR.....4 NSP.....8	→ 706
705	Quelle est la dernière (classe, année) qu'il a achevé à ce niveau?*	ANNEE..... NSP.....98	<input type="text"/>
706	Quelle est (était) l'occupation principale de votre mari/conjoint, c'est-à-dire quel genre de travail fait (faisait)-il?		<input type="text"/>
707	VERIFIER 706: TRAVAILLE/ TRAVAILLAIT DANS L'AGRICULTURE	NE TRAVAILLE/ TRAVAILLAIT PAS DANS L'AGRICULTURE	<input type="checkbox"/> → 709
708	Est-ce que votre mari/conjoint travaille/travaillait principalement sur ses propres terres, sur celles de la famille, est-ce qu'il loue/louait la terre, ou travaille/travaillait-il les terres de quelqu'un d'autre?	PROPRE TERRE.....1 TERRE FAMILIALE.....2 TERRE LOUEE.....3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE.....4	
709	En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous travaillez actuellement?	OUI.....1 NON.....2	→ 712
710	Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille. Faites-vous actuellement quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail?	OUI.....1 NON.....2	→ 712
711	Avez-vous fait un travail quelconque durant les 12 derniers mois?	OUI.....1 NON.....2	→ 801
712	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement?		<input type="text"/>

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
713	VERIFIER 712: TRAVAILLE DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE PAS DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/>		715
714	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre ou celle de votre famille, louez-vous la terre ou travaillez-vous la terre de quelqu'un d'autre?	PROPRE TERRE.....1 TERRE FAMILIALE.....2 TERRE LOUEE.....3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE.....4	
715	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE....1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE.....2 A SON COMPTE.....3	
716	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement une fois de temps en temps?	TOUTE L'ANNEE.....1 TRAVAIL SAISONNIER.....2 DE TEMPS EN TEMPS.....3	718 719
717	Au cours des 12 derniers mois, combien de mois avez-vous travaillé?	NOMBRE DE MOIS..... <input type="text"/>	
718	(Pendant les mois où vous avez travaillé) combien de jours par semaine, avez-vous travaillé habituellement?	NOMBRE DE JOURS..... <input type="text"/>	720
719	Pendant les 12 derniers mois, combien de jours environ avez-vous travaillé?	NOMBRE DE JOURS..... <input type="text"/>	
720	Touchez-vous un salaire pour ce travail? INSISTER: Gagnez-vous de l'argent pour ce travail?	OUI.....1 NON.....2	723
721	Combien d'argent gagnez-vous habituellement pour ce travail? INSISTER: Est-ce par heure, par jour, par semaine ou par mois?	P/HEURE...1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P/JOUR....2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P/SEMAINE.3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P/MOIS....4 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P/ANNEE...5 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE _____ 9999996 (PRECISER)	
722	VERIFIER 502 : OUI, ACTUEL. MARIEE <input type="checkbox"/> NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/> OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> Qui décide principalement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé: vous, votre mari/conjoint, vous avec votre mari/conjoint ou quelqu'un d'autre? Qui décide principalement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé: vous, quelqu'un d'autre, ou vous avec quelqu'un d'autre?	ENQUETEE DECIDE.....1 MARI/CONJOINT DECIDE.....2 ENQUETEE DECIDE AVEC MARI/CONJ..3 QUELQU'UN D'AUTRE DECIDE.....4 ENQUETEE DECIDE AVEC QUELQU'UN..5	
723	Travaillez-vous habituellement à la maison ou loin de la maison?	A LA MAISON.....1 LOIN DE LA MAISON.....2	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
724	VERIFIER 217 ET 218: A-T-ELLE UN ENFANT DE 5 ANS OU MOINS VIVANT AVEC ELLE? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		801
725	Qui s'occupe habituellement de (NOM DU PLUS JEUNE ENFANT A LA MAISON) pendant que vous travaillez?	ENQUETEE.....01 MARI/CONJOINT.....02 ENFANT-FILLE PLUS AGE.....03 ENFANT-GARÇON PLUS AGE.....04 AUTRES PARENTS.....05 VOISINS.....06 AMI(E)S.....07 DOMESTIQUE/PERSONNE ENGAGEE....08 ENFANT VA A L'ECOLE.....09 JARDIN D'ENFANT/GARDERIE.....10 N'A PAS TRAVAILLE DEPUIS LA DERNIERE NAISSANCE.....95 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	

SECTION 8. SIDA

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
801	Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée SIDA?	OUI.....1 NON.....2	→ 811
802	De quelles sources d'informations avez-vous le plus appris sur le SIDA? Aucune autre source? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	RADIO.....A TV.....B JOURNAUX/MAGAZINES.....C PROSPECTUS/AFFICHES.....D AGENT DE SANTE.....E MOSQUEE/EGLISE.....F ECOLE/PROFESSEUR.....G REUNIONS DE LA COMMUNAUTE.....H AMI(E)S/PARENTS.....I LIEU DE TRAVAIL.....J AUTRE _____ X (PRECISER)	
803	Y-a-t-il quelque chose qu'une personne peut faire pour éviter d'attraper le SIDA ou le virus qui cause le SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→ 807
804	Que peut-on faire? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS..A UTILISER DES CONDOMS.....B N'AVOIR QU'UN SEUL PARTENAIRE...C EVITER LES PROSTITUEES.....D EVITER REL. HOMOSEXUELLES.....E EVITER TRANSFUSIONS DE SANG.....F EVITER INJECTIONS.....G EVITER D'EMBRASSER.....H EVITER PIQUES MOUSTIQUES.....I CHERCHER LA PROTECTION DES GUERISSEURS TRADITIONNELS.....J AUTRE _____ W (PRECISER) AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....2	
807	Est-il possible qu'une personne qui semble être en bonne santé, soit en fait atteinte du virus du SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A				
808	Pensez-vous qu'une personne qui a le SIDA ne meurt presque jamais de cette maladie, qu'elle en meurt parfois, ou qu'elle en meurt presque toujours?	PRESQUE JAMAIS.....1 PARFOIS.....2 PRESQUE TOUJOURS.....3 NSP.....8					
809	Pensez-vous que les risques que vous attrapiez le SIDA sont faibles, moyens, importants, ou que vous ne courez aucun risque de l'attraper?	FAIBLE.....1 MOYEN.....2 IMPORTANT.....3 PAS DE RISQUE DU TOUT.....4 A LE SIDA.....5					
810	Le fait de connaître le SIDA a-t-il influencé ou changé votre décision d'avoir des rapports sexuels ou votre comportement sexuel? Si OUI, de quelle façon? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	PAS COMMENCE RAPPORTS SEXUELS....A A ARRETE TOUT RAPPORT SEXUEL....B A COMMENCE A UTILISER CONDOM.....C SEXE LIMITE A UN PARTENAIRE.....D A REDUIT NOMBRE DE PARTENAIRES...E AUTRE _____ X (PRECISER) PAS DE CHANGE. DU COMP. SEXUEL...Y NSP.....Z					
811	ENREGISTRER L'HEURE	HEURES..... MINUTES.....	<div style="display: flex; align-items: center;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </div>				

SECTION 9. TAILLE ET POIDS

901	VERIFIER 215: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANVIER 1993	<input type="checkbox"/>	PAS DE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1993	<input type="checkbox"/>	FIN
-----	--	--------------------------	--	--------------------------	-----

A 902 (COLONNES 2-4) ENREGISTRER LE NUMERO DE LIGNE DE CHAQUE ENFANT NE DEPUIS JANVIER 1993 ET TOUJOURS VIVANT. A 903 ET 904, ENREGISTRER LE NOM ET LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENQUETEE ET DE TOUS LES ENFANTS VIVANTS NES DEPUIS JANVIER 1993. A 906 ET 908 ENREGISTRER LE POIDS ET LA TAILLE DE L'ENQUETEE ET DES ENFANTS VIVANTS. (NOTE: TOUTES LES ENQUETEEES QUI ONT EU UNE NAISSANCE OU PLUS DEPUIS JANVIER 1993 DOIVENT ETRE PESEES ET MESUREES MEME SI TOUS LES ENFANTS SONT DECEDES. S'IL Y A PLUS DE 2 ENFANTS NES DEPUIS JANVIER 1993 ET ENCORE VIVANTS, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).

	1 ENQUETEE	2 DERNIER ENFANT EN VIE	3 AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE
902 N° DE LIGNE SELON Q.212			
903 NOM SELON Q.212 POUR LES ENFANTS	(NOM)	(NOM)	(NOM)
904 DATE DE NAISSANCE SELON Q.215, ET DEMANDER LE JOUR DE NAISSANCE		JOUR..... MOIS..... ANNEE.....	JOUR..... MOIS..... ANNEE.....
905 CICATRICE DU BCG EN HAUT DU BRAS GAUCHE		CICATRICE VUE.....1 PAS DE CICATRICE.....2	CICATRICE VUE.....1 PAS DE CICATRICE.....2
906 TAILLE (en centimètres)			
907 L'ENFANT A-T-IL ETE MESURE COUCHE OU DEBOUT?		COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2
908 POIDS (en kilogrammes)			
909 DATE DE MESURE ET DE PESEE	JOUR..... MOIS..... ANNEE.....	JOUR..... MOIS..... ANNEE.....	JOUR..... MOIS..... ANNEE.....
910 RESULTAT	MESUREE.....1 ABSENTE.....3 REFUS.....4 AUTRE.....6 (PRECISER)	ENFANT MESURE.....1 ENFANT MALADE.....2 ENFANT ABSENT.....3 ENFANT REFUSE.....4 MERE REFUSE.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	ENFANT MESURE.....1 ENFANT MALADE.....2 ENFANT ABSENT.....3 ENFANT REFUSE.....4 MERE REFUSE.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)
911 NOM DE L'OPERATEUR:		NOM DE L'ASSISTANT:	

** Adapter la question localement après avoir déterminé l'endroit le plus courant de l'injection (généralement le bras ou l'épaule gauche).

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRIX
A remplir une fois que l'interview est finie

Commentaires
sur l'enquêtée:

Commentaires sur des
questions spécifiques:

Autres commentaires:

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

Nom du Chef d'Equipe: _____ Date: _____

OBSERVATIONS DE LA CONTROLEUSE

Nom de la Contrôleuse: _____ Date: _____