



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

**INTRODUCTION ET CONSENTEMENT**

**CONSENTEMENT APRÈS INFORMATION**  
 Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_ et je travaille pour (NOM DE L'ORGANISATION). Nous effectuons actuellement une enquête nationale au cours de laquelle nous posons des questions aux femmes (et aux hommes) sur des problèmes qui concernent la santé. Nous souhaiterions vivement que vous participiez à cette enquête. Ces informations seront très utiles au gouvernement pour mettre en place des services de santé. Cette enquête dure généralement entre 30 et 60 minutes. Les informations que vous nous fournirez sont strictement confidentielles et ne seront transmises à personne mis à part l'équipe d'enquête.  
 La participation à cette enquête est volontaire et s'il arrivait que nous posions une question à laquelle vous ne souhaitez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante. Vous pouvez aussi interrompre l'interview à n'importe quel moment.  
 Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette enquête car votre opinion est particulièrement importante pour nous.

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

Signature de l'enquêtrice \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE DE RÉPONDRE ..... 1      L'ENQUÊTÉE REFUSE DE RÉPONDRE ..... 2 → FIN

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
101	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RÉSIDENCE) ?  SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIRE '00' ANNÉE	ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> TOUJOURS ..... 95 VISITEUR ..... 96	→ 106
103	Juste avant de vous installer ici, viviez-vous dans une grande ville, une ville ou dans un village ?	GRANDE VILLE ..... 1 VILLE ..... 2 VILLAGE ..... 3	
106	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	
107	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ?  COMPARER ET CORRIGER 106 ET/OU 107 SI INCOHÉRENT	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
108	Avez-vous fréquenté l'école ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 112
109	Quel est le niveau d'études le plus élevé que vous avez atteint : primaire, secondaire 1, secondaire 2 ou supérieur ?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE 1 ..... 2 SECONDAIRE 2 ..... 3 SUPÉRIEUR ..... 4	
110	Quelle est la dernière classe que vous avez achevée à ce niveau ?	CLASSE ..... <input type="text"/>	

NIVEAU D'ÉDUCATION	
NIVEAU	PRIMAIRE = 1      SECONDAIRE 1 = 2      SECONDAIRE 2 = 3      SUPÉRIEUR = 4
CLASSE	0 = MOINS D'UNE ANNÉE ACHEVÉE
	T1 = 1      T6 = 6ème = 1      T10 = 2nd = 1      1ère année = 1 T2 = 2      T7 = 5ème = 2      T11 = 1ère = 2      2ème année = 2 T3 = 3      T8 = 4ème = 3      T12 = Terminale = 3      3ème année = 3 T4 = 4      T9 = 3ème = 4      NSP = 8      4ème année = 4 T5 = 5      NSP = 8           5ème année ou += 5 NSP = 8                NSP = 8



## SECTION 2. REPRODUCTION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À								
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues au cours de votre vie. Avez-vous déjà donné naissance à des enfants ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206								
202	Avez-vous des fils ou 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, ENREGISTRER '00'.	FILS À LA MAISON ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES À LA MAISON ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
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 en vie mais ne vivent pas avec vous ?  Combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous ?  SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS AILLEURS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES AILLEURS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ?  SI NON, INSISTER : Aucun bébé qui a crié ou a montré un signe de vie à la naissance mais qui n'a pas survécu ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 208								
207	Combien de garçons sont décédés ?  Combien de filles sont décédées ?  SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES DÉCÉDÉES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À Q. 203, 205, ET 207, ET ENREGISTRER LE TOTAL.  SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	TOTAL ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIER 208 :  Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL ____ naissances au cours de votre vie. Est-ce bien exact ?  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT										
210	VÉRIFIER 208 :  UNE NAISSANCE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> → 226										

211 Maintenant je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en partant de la 1<sup>ère</sup> que vous avez eue.  
**NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. NOTER LES JUMEAUX/TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES. (S'IL Y A PLUS DE 12 NAISSANCES, UTILISER UN (DES) QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES), EN COMMENÇANT À LA SECONDE LIGNE.**

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier/ suivant) enfant ?  (NOM)	(NOM) est-il/elle une naissance simple ou multiple ?	Est-ce que (NOM) est un garçon ou une fille ?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM) ?  INSISTER :  Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle toujours en vie ?	217 SI EN VIE :  Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?  NOTER L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	218 SI EN VIE :  (NOM) vit-il/elle avec vous ?	219 SI EN VIE :  NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE  (NOTER '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	220 SI DÉCÉDÉ :  Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e) ?  SI '1 AN', INSISTER : Quel était l'âge de (NOM) en mois ?  NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANNÉES.	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants décédés après la naissance ?
01	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° LIGNE <input type="text"/> ↓ (NAISS.SUIV.)	JOURS . 1 <input type="text"/> MOIS . . 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	
02	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° LIGNE <input type="text"/> ↓ (PASSER 221)	JOURS . 1 <input type="text"/> MOIS . . 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTER ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
03	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° LIGNE <input type="text"/> ↓ (PASSER 221)	JOURS . 1 <input type="text"/> MOIS . . 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTER ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
04	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° LIGNE <input type="text"/> ↓ (PASSER 221)	JOURS . 1 <input type="text"/> MOIS . . 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTER ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
05	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° LIGNE <input type="text"/> ↓ (PASSER 221)	JOURS . 1 <input type="text"/> MOIS . . 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTER ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
06	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° LIGNE <input type="text"/> ↓ (PASSER 221)	JOURS . 1 <input type="text"/> MOIS . . 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTER ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
07	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° LIGNE <input type="text"/> ↓ (PASSER 221)	JOURS . 1 <input type="text"/> MOIS . . 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTER ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre enfant suivant ?  (NOM)	(NOM) est-il/elle une naissance simple ou multiple ?	Est-ce que (NOM) est un garçon ou une fille ?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM) ?  INSISTER :  Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle toujours en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?  NOTER L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE  (NOTER '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e) ?  SI '1 AN', INSISTER : Quel était l'âge de (NOM) en mois ?  NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANNÉES.	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants décédés après la naissance ?
08	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 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"/> ↓ (PASSER 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 AJOUTER ← NAISS. NON 2 NAISS. ← SUIVANTE
09	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 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"/> ↓ (PASSER 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 AJOUTER ← NAISS. NON 2 NAISS. ← SUIVANTE
10	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 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"/> ↓ (PASSER 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 AJOUTER ← NAISS. NON 2 NAISS. ← SUIVANTE
11	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 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"/> ↓ (PASSER 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 AJOUTER ← NAISS. NON 2 NAISS. ← SUIVANTE
12	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 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"/> ↓ (PASSER 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 AJOUTER ← NAISS. NON 2 NAISS. ← SUIVANTE
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ?					OUI ..... 1 NON ..... 2			
223	<p>COMPARER 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER :</p> <p>NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTER ET CORRIGER)</p> <p>VÉRIFIER : POUR CHAQUE NAISSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE</p> <p>POUR CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2003 : LE MOIS ET ANNÉE DE NAISSANCE SONT ENREGISTRÉS</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ : L'ÂGE AU DÉCÈS EST ENREGISTRÉ</p> <p>POUR LES DÉCÈS À 12 MOIS OU 1 AN : INSISTER POUR DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS</p>								
224	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2003 OU PLUS TARD. SI AUCUNE, ENREGISTRER '0' ET PASSER À 226.								

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CATÉGORIES	PASSER À
224A	VÉRIFIER 215: DATE DE NAISSANCE  AU MOINS UN ENFANT NÉ EN 1997 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>	AUCUN ENFANT NÉ EN 1997 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>	→ 225
224B	VÉRIFIER 220 POUR CHAQUE ENFANT NÉ EN 1997 OU PLUS TARD  AU MOINS UN DECÈS D'ENFANT AVANT L'ÂGE DE SIX ANS <input type="checkbox"/>	AUCUN DECÈS D'ENFANT AVANT L'ÂGE DE SIX ANS <input type="checkbox"/>	→ 225
224C	<p>Nous souhaiterions obtenir plus d'informations sur les circonstances des décès d'enfants de moins de six ans de façon à ce que le gouvernement puisse fournir des services de santé pour réduire ces décès. Il se peut qu'un autre membre de notre équipe vienne plus tard pour vous interviewer ou interviewer d'autres membres de votre ménage concernant les décès dont vous m'avez parlés précédemment au cours de l'interview.</p> <p>Est-ce qu'un membre de notre équipe d'enquête pourrait revenir plus tard pour vous parler ?</p> <p>Signature de l'enquêtrice : _____ Date : _____</p> <p>L'ENQUÊTÉE ACCEPTE ..... 1      L'ENQUÊTÉE N'ACCEPTE PAS ..... 2</p>		
225	<p>POUR CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2003, INSCRIRE 'N' AU MOIS DE NAISSANCE DU CALENDRIER. INSCRIRE LE NOM DE L'ENFANT À GAUCHE DU CODE N°. POUR CHAQUE NAISSANCE, DEMANDER LE NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ ET INSCRIRE '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	→ 229
227	Depuis combien de mois êtes-vous enceinte ?  ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIRE 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte <u>à ce moment-là</u> , vouliez-vous <u>attendre plus tard</u> , ou vouliez-vous <u>ne plus/ne pas avoir d'enfant</u> ?	À CE MOMENT-LÀ ..... 1 PLUS TARD ..... 2 NE PAS/PLUS AVOIR D'ENFANT ..... 3	
229	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 237
230	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"/>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CATÉGORIES	PASSER À
231	VÉRIFIER 230 : DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN JAN. 2003 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> DERNIÈRE GROSS. TERMINÉE AVANT JAN. 2003 <input type="checkbox"/>		→ 237
232	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIRE 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
233	Depuis janvier 2003, avez-vous eu d'autres grossesses qui ne se sont pas terminées par une naissance vivante ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 235
234	DEMANDER LA DATE ET LA DURÉE DE GROSSESSE POUR CHAQUE GROSSESSE PRÉCÉDENTE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE EN REMONTANT JUSQU'EN JANVIER 2003. INSCRIRE 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ CHAQUE GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.		
235	Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant janvier 2003 et qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un enfant mort-né ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 237
236	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2003 ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
237	Quand vos dernières règles ont-elles commencé ?  <hr/> (INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNÉE)	IL Y A ... JOUR ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ... SEMAINES ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A...MOI ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ... ANNÉES ..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE ... 994 AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE . 995 JAMAIS EU DE RÈGLES ..... 996	
238	Entre la période des règles et les règles suivantes, y-a-t-il un moment où une femme a plus de chances de tomber enceinte que d'autres si elle a des rapports sexuels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 301
239	Est-ce que ce moment se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles soient terminées ou au milieu, entre deux périodes de règles ?	JUSTE AVANT DÉBUT DES RÈGLES . 1 PENDANT LES RÈGLES ..... 2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES . 3 AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8	

## SECTION 3. CONTRACEPTION

301	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.</p> <p>De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler ?  <b>POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER :</b>  Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE) ?</p> <p><b>ENCERCLER CODE 1 À 301 POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE SPONTANÉMENT. CONTINUER ENSUITE LA COLONNE 301, EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. EN CERCLER LE CODE 1 SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE 2 SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE MÉTHODE AVEC CODE 1 EN CERCLÉ À 301, POSER 302.</b></p>	302 Avez-vous déjà utilisé (MÉTHODE) ?	
01	STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants ? OUI ..... 1 NON ..... 2
02	STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘	Avez-vous eu un partenaire qui a eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants ? OUI ..... 1 NON ..... 2
03	PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.	OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘	OUI ..... 1 NON ..... 2
04	DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin, la sage-femme ou l'infirmier/ière leur place à l'intérieur de l'utérus.	OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘	OUI ..... 1 NON ..... 2
05	INJECTIONS Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant trois mois.	OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘	OUI ..... 1 NON ..... 2
06	IMPLANTS Les femmes peuvent se faire insérer, par du personnel de santé, sous la peau du haut du bras un ou 6 bâtonnets qui les empêchent de tomber enceinte pendant une année ou plus	OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘	OUI ..... 1 NON ..... 2
07	CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘	OUI ..... 1 NON ..... 2
08	CONDOM FÉMININ Les femmes peuvent se placer un étui dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘	OUI ..... 1 NON ..... 2
09	MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRHÉE (MAMA). 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 ↘	OUI ..... 1 NON ..... 2
10	ABSTINENCE PÉRIODIQUE Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter une grossesse en évitant les rapports sexuels les jours du mois où elle a le plus de chance de tomber enceinte.	OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘	OUI ..... 1 NON ..... 2
11	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘	OUI ..... 1 NON ..... 2
12	PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre des pilules spéciales à n'importe quel moment dans les trois jours qui suivent des rapports sexuels non protégés, pour éviter de tomber enceinte.	OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘	OUI ..... 1 NON ..... 2
13	MÉTHODE DES JOURS FIXES/COLLIER Une méthode qui consiste à déplacer chaque jour l'anneau d'un collier d'une perle à l'autre, ceci à compter du 1er jour des règles. En utilisant ce collier, la femme peut connaître les jours du mois où elle a plus de chance de tomber enceinte.	OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘	OUI ..... 1 NON ..... 2
14	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI ..... 1  _____ (PRÉCISER)  _____ (PRÉCISER) NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2  OUI ..... 1 NON ..... 2
303	VÉRIFIER 302 : PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> AU MOINS UN <input type="checkbox"/> « OUI » (N'A JAMAIS UTILISÉ) (A DÉJÀ UTILISÉ)		→ 307



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
314	Combien de (cycles de pilules/condoms) avez-vous obtenu la dernière fois ?	NOMBRE DE CYCLES PILULES/CONDOMS... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 998	
315	La dernière fois que vous avez obtenu (PREMIÈRE MÉTHODE LISTÉE À 311), combien avez-vous payé, en tout, y compris le coût de la méthode et des consultations si vous en avez eu ?	COÛT ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT ..... 9995 NE SAIT PAS ..... 9998	→ 319A
316	Dans quel établissement a eu lieu la stérilisation ?  INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SOURCE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L' HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PRIVÉ OU PUBLIC, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> CENTRE HOSPITALIER II (CHD II) 11 CENTRE HOSPITALIER I (CHD I) 12 CENTRE HOSPITALIER (CHU, CHRR) 13 CENTRE DE SANTÉ DE BASE II ... 14 CENTRE DE SANTÉ DE BASE I ... 15  AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRÉCISER)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 MÉDECIN PRIVÉ ..... 23  AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ 26 (PRÉCISER)  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 98	
317	VÉRIFIER 311/311A :  CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> Avant votre stérilisation, vous a-t-on dit, qu'à cause de cette opération, vous ne pourriez pas (plus) avoir d'enfants ?      Avant la stérilisation, a-t-on dit à votre mari/partenaire, qu'à cause de l'opération, il ne pourrait pas (plus) avoir d'enfants ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
318	Combien avez-vous (votre mari/partenaire) payé en tout pour la stérilisation, y compris des consultations si vous en avez eu ?	COÛT ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT ..... 9995 NE SAIT PAS ..... 9998	
319	En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
319A	Depuis quel mois et quelle année utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?  INSISTER : Depuis combien de temps utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) de façon continue ?		
320	VÉRIFIER 319/319A, 215 ET 230 : NAISSANCE OU GROSSESSE TERMINÉE APRÈS LE MOIS ET ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 319/319A  RETOURNER À 319/319A, INSISTER ET ENREGISTRER 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).	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
325	VÉRIFIER 311/311A :  ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE :  SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 311/311A, ENCERCLER LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.	PILULE ..... 03 DIU ..... 04 INJECTIONS ..... 05 IMPLANTS ..... 06 CONDOM ..... 07 CONDOM FÉMININ ..... 08 DIAPHRAGME ..... 09 MOUSSE/GELÉE ..... 10 MÉTHODE JOURS FIXES/COLLIER... 11 MAMA ..... 12 ABSTINENCE PÉRIODIQUE ..... 13	→ 332 → 329 → 329 → 329 → 329 → 335 → 335
326	Vous avez obtenu votre (MÉTHODE ACTUELLE DE 323) de (SOURCE DE LA MÉTHODE DE Q. 316 OU 324) en (DATE DE Q.319/319A). À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 328
327	Avez-vous jamais été informée par le personnel de santé ou un agent de la planification familiale des effets secondaires ou des problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 329
328	Vous a-t-on dit ce que vous deviez faire si vous ressentiez des effets secondaires ou si vous aviez des problèmes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
329	VÉRIFIER 326 :  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>CODE '1' ENCERCLÉ</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>CODE '1' NON ENCERCLÉ</p>  </div> </div> <p>À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?</p> <p>Quand vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE DE 323) à (SOURCE DE LA MÉTHODE DE Q. 316 OU 324) vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?</p>	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 331
330	Est-ce qu'un professionnel de la santé ou un agent de planification familiale vous a parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
331	VÉRIFIER 311/311A :  ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE :  SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 311/311A, ENCERCLER LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE ..... 01 STÉRILISATION MASCULINE ..... 02 PILULE ..... 03 DIU ..... 04 INJECTIONS ..... 05 IMPLANTS ..... 06 CONDOM ..... 07 CONDOM FÉMININ ..... 08 DIAPHRAGME ..... 09 GELÉE/MOUSSE ..... 10 MÉTHODE JOURS FIXES/COLLIER... 11 MAMA ..... 12 ABSTINENCE PÉRIODIQUE ..... 13 RETRAIT ..... 14 AUTRE MÉTHODE ..... 96	→ 335 → 335

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
332	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?</p> <p>INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SOURCE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L' HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PRIVÉ OU PUBLIC, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>CENTRE HOSPITALIER II (CHD II) 11  CENTRE HOSPITALIER I (CHD I) 12  CENTRE DE SANTÉ DE BASE II ... 13  CENTRE DE SANTÉ DE BASE I ... 14</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21  CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... 22  PHARMACIE/DÉPÔT DE  MÉDICAMENTS ..... 23  MÉDECIN PRIVÉ ..... 24  CENTRE DE PF/FISA ..... 25</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>AGENT VBC..... 31  BOUTIQUE ..... 32  KIOSQUE..... 33  ÉGLISE ..... 34  AMIS/PARENTS ..... 35</p> <p>AUTRE _____ 96  (PRÉCISER)</p>	→ 335
333	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?</p>	<p>OUI ..... 1  NON..... 2</p>	→ 335
334	<p>Quel est cet endroit ?</p> <p>Aucun autre endroit ?</p> <p>INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SOURCE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L' HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PRIVÉ OU PUBLIC, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>CENTRE HOSPITALIER II (CHD II) A  CENTRE HOSPITALIER I (CHD I) B  CENTRE DE SANTÉ DE BASE II ... C  CENTRE DE SANTÉ DE BASE I ... D</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... E  CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... F  PHARMACIE/DÉPÔT DE  MÉDICAMENTS ..... G  MÉDECIN PRIVÉ ..... H  CENTRE DE PF/FISA ..... I</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>AGENT VBC..... J  BOUTIQUE ..... K  KIOSQUE..... L  ÉGLISE ..... M  AMIS/PARENTS ..... N</p> <p>AUTRE _____ X  (PRÉCISER)</p>	
335	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu la visite d'un agent de terrain qui vous a parlé de planification familiale ?</p>	<p>OUI ..... 1  NON..... 2</p>	
336	<p>Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un centre de santé pour recevoir des soins pour vous (ou pour vos enfants) ?</p>	<p>OUI ..... 1  NON..... 2</p>	→ 401
337	<p>Est-ce qu'un membre du personnel du centre de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale à une de ces occasion ?</p>	<p>OUI ..... 1  NON..... 2</p>	

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

401	VÉRIFIER 224 : UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2003 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>	PAS DE NAISSANCE EN 2003 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>	576	
402	VÉRIFIER 215 : INSCRIRE DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2003 OU PLUS TARD. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y EN A PLUS DE 3, UTILISER LES 2 DERNIÈRES COLONNES DU QUESTIONNAIRE ADDITIONNEL). Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé de tous vos enfants nés dans les 5 dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).			
403	NUMÉRO DE LIGNE DE 212	DERNIÈRE NAISSANCE N° DE LIGNE <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISS. N° DE LIGNE <input type="text"/>	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE N° DE LIGNE <input type="text"/>
404	SELON Q.212 ET Q. 216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>
405	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), voulez-vous tomber enceinte à <u>ce moment-là</u> , voulez-vous attendre <u>plus tard</u> , ou voulez-vous <u>pas (ne plus) avoir d'enfant</u> ?	À CE MOMENT ... 1 (PASSER À 407) ← PLUS TARD ... 2  NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 407) ←	À CE MOMENT ... 1 (PASSER À 432) ← PLUS TARD ... 2  NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 432) ←	À CE MOMENT ... 1 (PASSER À 432) ← PLUS TARD ... 2  NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 432) ←
406	Combien de temps auriez-vous souhaité 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
407	Pour cette grossesse, avez-vous reçu des soins prénatals ?  SI OUI Qui avez-vous consulté ? Quelqu'un d'autre ?  INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.	<b>PROF. DE LA SANTÉ</b> MÉDECIN ..... A INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME/ ASST. MÉDICAL ... B  <b>AUTRE PERSONNE</b> ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE FORMÉE ..... C ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE NON FORMÉE ... D  AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE ..... Y (PASSER À 414) ←		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____												
408	<p>Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette grossesse ?</p> <p>Un autre endroit ?</p> <p>INSISTER POUR DÉTERMINER LE/LES TYPES D'ENDROITS ET ENCERCLER LE/LES CODES APPROPRIÉS.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p><b>DOMICILE</b> VOTRE MAISON ... A AUTRE MAISON ... B</p> <p><b>SECTEUR PUBLIC</b> CTR. HÔPITALIER C CENTRE DE SANTÉ DE BASE ..... D AUTRE PUBLIC _____ E (PRÉCISER)</p> <p><b>SECTEUR MÉDIC. PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... F AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ G (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>														
409	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98														
410	Durant cette grossesse, combien de fois êtes-vous allée en consultation prénatale ?	NOMBRE DE FOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98														
411	<p>Est-ce qu'au cours des visites prénatales pour cette grossesse, vous avez effectué, au moins une fois, les examens suivants ?</p> <p>Vous-a-t-on pesée ?</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>POIDS ..... 1 2</p> <p>TENSION ..... 1 2</p> <p>URINE ..... 1 2</p> <p>SANG ..... 1 2</p>														
412	Au cours de ces consultations prénatales, est-ce qu'on vous a parlé des signes de complication de la grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 414) ←   NE SAIT PAS ..... 8														
413	Est-ce qu'on vous a dit où aller si vous aviez ces complications ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8														
414	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 (PASSER À 417) ←   NE SAIT PAS ..... 8														
415	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8														

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISS.	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
416	VÉRIFIER 415 :	2 FOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER À 421)		
417	Est-ce qu'à n'importe quel moment avant cette grossesse, on vous a des injections contre le tétanos, soit pour vous protéger vous-même soit pour protéger un autre bébé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 421) ← NE SAIT PAS ..... 8		
418	Avant cette grossesse, combien avez-vous reçu d'autres injections contre le tétanos ?  SI 7 OU PLUS, INSCRIRE '7'.	NOMBRE D'INJECTIONS... <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 8		
419	Avant cette grossesse, en quel mois et en quelle année, avez-vous reçu la dernière injection contre le tétanos ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NSP MOIS ..... 98  ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 421) ← NSP ANNÉE ..... 9998		
420	Il y a combien d'années que vous avez reçu cette injection contre le tétanos ?	ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
421	Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ?  MONTRER COMPRIMÉ	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 423) ← NE SAIT PAS ..... 8		
422	Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris ces comprimés ou ce sirop ?  SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	JOURS. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 998		
423	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
424	Durant cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour voir à la lumière du jour ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
425	Durant cette grossesse, avez-vous souffert de cécité crépusculaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
426	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 432) ← NE SAIT PAS ..... 8		



N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____																																				
435	<p>Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM) ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE PERSONNE NE L'A ASSISTÉE, INSISTER POUR DÉTERMINER SI AUCUN N'ÉTAIT PRÉSENT À L'ACCOUCHEMENT.</p>	<p><b>PROF. SANTÉ</b> MÉDECIN ..... A INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME/ ASST. MÉDICAL ... B</p> <p><b>AUTRE PERSONNE</b> ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE FORMÉE ..... C ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE NON FORMÉE ... D PARENTS/AMIS ... E</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>PERSONNE ..... Y</p>	<p><b>PROF. SANTÉ</b> MÉDECIN ..... A INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME/ ASST. MÉDICAL ... B</p> <p><b>AUTRE PERSONNE</b> ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE FORMÉE ..... C ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE NON FORMÉE ... D PARENTS/AMIS ... E</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>PERSONNE ..... Y</p>	<p><b>PROF. SANTÉ</b> MÉDECIN ..... A INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME/ ASST. MÉDICAL ... B</p> <p><b>AUTRE PERSONNE</b> ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE FORMÉE ..... C ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE NON FORMÉE ... D PARENTS/AMIS ... E</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>PERSONNE ..... Y</p>																																				
436	<p>Où avez-vous accouché de (NOM) ?</p> <p>INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p><b>DOMICILE</b> VOTRE MAISON ... 11 (PASSER À 443) ←</p> <p>AUTRE MAISON ... 12</p> <p><b>SECTEUR PUBLIC</b> CTR. HÔPITALIER 21 CENTRE DE SANTÉ DE BASE ..... 22 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER)</p> <p><b>SECTEUR MÉDIC. PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) ←</p>	<p><b>DOMICILE</b> VOTRE MAISON ... 11 (PASSER À 444) ←</p> <p>AUTRE MAISON ... 12</p> <p><b>SECTEUR PUBLIC</b> CTR. HÔPITALIER 21 CENTRE DE SANTÉ DE BASE ..... 22 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER)</p> <p><b>SECTEUR MÉDIC. PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) ←</p>	<p><b>DOMICILE</b> VOTRE MAISON ... 11 (PASSER À 444) ←</p> <p>AUTRE MAISON ... 12</p> <p><b>SECTEUR PUBLIC</b> CTR. HÔPITALIER 21 CENTRE DE SANTÉ DE BASE ..... 22 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER)</p> <p><b>SECTEUR MÉDIC. PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) ←</p>																																				
437	<p>Combien de temps après l'accouchement de (NOM) êtes-vous restée là ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTRER EN HEURES ; SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTRER EN JOURS.</p>	<p>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></p> <p>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></p> <p>SEMAINE 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS . 998</p>													<p>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></p> <p>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></p> <p>SEMAINE: 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS . 998</p>													<p>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></p> <p>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></p> <p>SEMAINE 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS . 998</p>												
438	<p>Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne ?</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>																																				
439	<p>Avant de quitter l'établissement, après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé vous a examinée ?</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 442) ←</p>	<p>OUI ..... 1 (PASSER À 455) ← NON ..... 2</p>	<p>OUI ..... 1 (PASSER À 455) ← NON ..... 2</p>																																				

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISS.	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE													
		NOM _____	NOM _____	NOM _____													
440	Combien de temps après l'accouchement, a eu lieu votre premier examen de santé ?  SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTRER EN HEURES ; SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTRER 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> SEMAINE 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	Qui vous a examiné à ce moment-là ?  INSISTER POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	<b>PROF. DE LA SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 11 INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME/ ASST. MÉDICAL ... 12  <b>AUTRE PERSONNE</b> ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE FORMÉE ..... 21 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE NON FORMÉE ... 22  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 453) ←															
442	Après avoir quitté l'établissement, est-ce qu'un professionnel de la santé ou une accoucheuse traditionnelle vous a examinée ?	OUI ..... 1 (PASSER À 445) ← NON ..... 2 (PASSER À 453) ←	OUI ..... 1 (PASSER À 455) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSER À 455) ← NON ..... 2													
443	Pour quelle raison n'avez-vous pas accouché dans une formation sanitaire ?  INSISTER : Aucune autre raison ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	TROP CHER. .... A ÉTAB. PAS OUVERT B TROP ÉLOIGNÉ/ PAS DE TRANSPORT . C PAS CONFIANCE DANS ÉTABLIS./ SERVICE MAUVAISE QUALITÉ . D PAS DE PRESTATAIRE FEMME ... E MARI/FAMILLE N'ONT PAS PERMIS . F PAS NÉCESSAIRE .. G PAS HABITUEL ... H AUTRE _____ X (PRÉCISER)															
444	Après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une accoucheuse traditionnelle vous a examinée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 449) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2													
445	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu votre premier examen de santé ?  SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTRER EN HEURES ; SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTRER 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> SEMAINE 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															

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____				
446	Qui vous a examinée à ce moment-là ?  INSISTER POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	<b>PROF. DE LA SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 11 INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME/ ASST. MÉDICAL ... 12  <b>AUTRE PERSONNE</b> ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE FORMÉE ..... 21 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE NON FORMÉE ... 22  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)						
447	Où a eu lieu ce premier examen ?  INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	<b>DOMICILE</b> VOTRE MAISON ... 11 AUTRE MAISON ... 12  <b>SECTEUR PUBLIC</b> CTR. HÔPITALIER 21 CENTRE DE SANTÉ DE BASE II ..... 22 CENTRE DE SANTÉ DE BASE I ..... 23 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER)  <b>SECTEUR MÉDIC. PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISER)  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)						
448	VÉRIFIER 442 :	OUI PAS POSÉE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSER À 453)						
449	Dans les deux mois qui ont suivi la naissance de (NOM), est-ce qu'un prestataire de santé ou une accoucheuse traditionnelle l'a examiné(e) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 453) ←   NE SAIT PAS ..... 8						
450	Combien d'heures, de jours, de semaines après la naissance de (NOM), le premier examen a-t-il eu lieu ?  SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTRER EN HEURES ; SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTRER EN JOURS.	HEURES 1 <table border="1" data-bbox="798 1590 885 1646"><tr><td></td><td></td></tr></table> JOURS.. 2 <table border="1" data-bbox="798 1646 885 1702"><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAINE 3 <table border="1" data-bbox="798 1702 885 1758"><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ... 998						

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____				
451	Qui a examiné (NOM) à ce moment-là ?  INSISTER POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	<b>PROF. DE LA SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 11 INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME/ ASST. MÉDICAL... 12  <b>AUTRE PERSONNE</b> ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE FORMÉE ..... 21 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE NON FORMÉE ... 22  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)						
452	Où a eu lieu ce premier examen ?  INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	<b>DOMICILE</b> VOTRE MAISON ... 11 AUTRE MAISON ... 12  <b>SECTEUR PUBLIC</b> CTR. HÔPITALIER 21 CENTRE DE SANTÉ DE BASE II ..... 22 CENTRE DE SANTÉ DE BASE I ..... 23 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER)  <b>SECTEUR MÉDIC. PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISER)  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)						
453	Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme celle-ci ?  MONTRER MODÈLES COURANTS D'AMPOULE/ COMPRIMÉ/SIROP	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8						
454	Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM) ?	OUI ..... 1 (PASSER À 456) ← NON ..... 2 (PASSER À 457) ←						
455	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ?		OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 459) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 459) ←				
456	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				

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
457	VÉRIFIER 226 : L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ENCEINTE ?	PAS <input type="checkbox"/> ENCEINTE ENCEINTE OU <input type="checkbox"/> PAS SÛRE ↓ (PASSER À 459)		
458	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 460) ←		
459	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
460	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 467) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 467) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 467) ←
461	Combien de temps après la naissance, avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ?  SI MOINS D'UNE HEURE, NOTER '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, NOTER EN HEURES. AUTREMENT, NOTER EN JOURS	IMMÉDIATEMENT 000  HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>		
462	Dans les 3 jours qui ont suivi sa naissance, est-ce que (NOM) a bu autre chose que le lait maternel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 464) ←		
463	Qu'a-t-on donné à boire à (NOM) ?  Rien d'autre ?  ENREGISTRER TOUS LES LIQUIDES MENTIONNÉS	LAIT (AUTRE QUE LAIT MATERNEL) . A EAU ..... B EAU SUCRÉE / EAU GLUCOSÉE ..... C INFUSION CALMANTE POUR COLIQUES D SOLUTION EAU SALÉE-SUCRÉE ..... E JUS DE FRUIT ..... F PRÉPARATION POUR BÉBÉ ..... G THÉ/INFUSIONS ... H MIEL ..... I AUTRE ..... X (PRÉCISER)		
464	VÉRIFIER 404 : L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSER À 466) ←		
465	Allaitez-vous encore (NOM) ?	OUI ..... 1 (PASSER À 468) ← NON ..... 2		
466	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM) ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 98		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISS.	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
467	VÉRIFIER 404 :  L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (RETOURNER À 405 À COLONNE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 501) (PASSER À 470)	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (RETOURNER À 405 À COLONNE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 501) (PASSER À 470)	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (RETOURNER À 405 À AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 501) (PASSER À 470)
468	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière, entre le coucher et le lever du soleil ?  SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE D'ALLAIT. DE NUIT <input type="text"/>		
469	Hier, combien de fois avez-vous allaité, pendant les heures de la journée ?  SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE D'ALLAIT. DE JOUR <input type="text"/>		
470	Est-ce que (NOM) a 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
471		RETOURNER À 405 À LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER À 501.	RETOURNER À 405 À LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER À 501.	RETOURNER À 405 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER À 501.

SECTION 5. VACCINATION DES ENFANTS, SANTÉ ET NUTRITION DES FEMMES ET DES ENFANTS

501	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2003 OU PLUS TARD. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISER LES 2 DERNIÈRES COLONNES DU QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE).			
502	N° DE LIGNE DE 212	DERNIÈRE NAISSANCE N° DE LIGNE ..... <input type="text"/>	AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE N° DE LIGNE ..... <input type="text"/>	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE N° DE LIGNE ..... <input type="text"/>
503	DE 212 ET 216	NOM _____  VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>  (ALLER À 503 COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER À 573)	NOM _____  VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>  (ALLER À 503 COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER À 573)	NOM _____  VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>  (ALLER À 503 AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTION. OU SI PLUS DE NAISS. ALLER À 573)
504	Avez-vous un carnet où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?  SI OUI : Puis-je le voir, s'il vous plait ?	OUI, VU (PAHASALAMANA) 1 (PASSER À 506) ← OUI, VU (AUTRE CARNET) 2 (PASSER À 506) ← OUI, PAS VU ..... 3 (PASSER À 508) ← PAS DE CARNET ..... 4	OUI, VU (PAHASALAMANA) 1 (PASSER À 506) ← OUI, VU (AUTRE CARNET) 2 (PASSER À 506) ← OUI, PAS VU ..... 3 (PASSER À 508) ← PAS DE CARNET ..... 4	OUI, VU (PAHASALAMANA) 1 (PASSER À 506) ← OUI, VU (AUTRE CARNET) 2 (PASSER À 506) ← OUI, PAS VU ..... 3 (PASSER À 508) ← PAS DE CARNET ..... 4
505	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ?  SI OUI : Est-il un carnet Karinem pahasalamana ?	OUI, PAHASALAMANA 1 OUI, PAS PAHASALAMANA 2 NON, PAS DE CARNET . 3  (PASSER À 508) ←	OUI, PAHASALAMANA 1 OUI, PAS PAHASALAMANA 2 NON, PAS DE CARNET . 3  (PASSER À 508) ←	OUI, PAHASALAMANA 1 OUI, PAS PAHASALAMANA 2 NON, PAS DE CARNET . 3  (PASSER À 508) ←
506	<p>(1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN, À PARTIR DU CARNET.</p> <p>(2) NOTER '44' À LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE.</p> <p>(3) SI PLUS DE DEUX DOSES DE VITAMINE 'A', ENREGISTRER LES DATES POUR LA DERNIÈRE ET AVANT-DERNIÈRE DOSES.</p>			
		DERNIÈRE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE	AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE
	BCG	<input type="text"/>	BCG	BCG
	POLIO 0 (À LA NAISSANCE)	<input type="text"/>	P0	P0
	POLIO 1	<input type="text"/>	P1	P1
	POLIO 2	<input type="text"/>	P2	P2
	POLIO 3	<input type="text"/>	P3	P3
	DTCoq1	<input type="text"/>	D1	D1
	DTCoq 2	<input type="text"/>	D2	D2
	DTCoq 3	<input type="text"/>	D3	D3
	ROUGEOLE	<input type="text"/>	ROU	ROU
	HÉPATITE B1	<input type="text"/>	HÉPB	HÉPB
	VITAMINE A (la plus récente)	<input type="text"/>	VIT A	VIT A
	VITAMINE A (avant la plus récente)	<input type="text"/>	VIT A	VIT A
506A	VÉRIFIER 506	BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ <input type="checkbox"/> → (ALLER À 512)	BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ <input type="checkbox"/> → (ALLER À 512)	BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ <input type="checkbox"/> → (ALLER À 512)
		AUTRE <input type="checkbox"/>	AUTRE <input type="checkbox"/>	AUTRE <input type="checkbox"/>

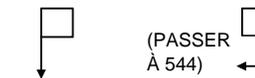
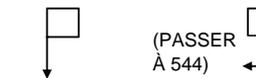
N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE		
		NOM _____			NOM _____			NOM _____		
507	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccins qui ne sont pas inscrits sur ce carnet, y compris les vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ?  ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE LE BCG, LA POLIO 0-3, LE DTCoq 1-3 ET/OU LA ROUGEOLE.	OUI ..... 1 (INSISTER SUR ← LES VACCINS ET NOTER '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506)  (PASSER À 512) ← NON ..... 2 (PASSER À 512) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 (INSISTER SUR ← LES VACCINS ET NOTER '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506)  (PASSER À 512) ← NON ..... 2 (PASSER À 512) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 (INSISTER SUR ← LES VACCINS ET NOTER '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506)  (PASSER À 512) ← NON ..... 2 (PASSER À 512) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 (INSISTER SUR ← LES VACCINS ET NOTER '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506)  (PASSER À 512) ← NON ..... 2 (PASSER À 512) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 (INSISTER SUR ← LES VACCINS ET NOTER '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506)  (PASSER À 512) ← NON ..... 2 (PASSER À 512) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 (INSISTER SUR ← LES VACCINS ET NOTER '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506)  (PASSER À 512) ← NON ..... 2 (PASSER À 512) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 (INSISTER SUR ← LES VACCINS ET NOTER '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506)  (PASSER À 512) ← NON ..... 2 (PASSER À 512) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 (INSISTER SUR ← LES VACCINS ET NOTER '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506)  (PASSER À 512) ← NON ..... 2 (PASSER À 512) ← NE SAIT PAS ..... 8	
508	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccins pour lui éviter de contracter des maladies, y compris les vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 512) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 512) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 512) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 512) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 512) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 512) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 512) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 512) ← NE SAIT PAS ..... 8	
509	Dites-moi, s'il vous plaît, si (NOM) a reçu l'un des vaccins suivants.									
509A	Le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse, généralement, 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	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
509B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 509E) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 509E) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 509E) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 509E) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 509E) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 509E) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 509E) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 509E) ← NE SAIT PAS ..... 8	
509C	Le premier vaccin contre la polio a-t-il été donné dans les deux 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	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	DEUX 1 <sup>ère</sup> SEMAINES .. 1 PLUS TARD ..... 2	DEUX 1 <sup>ère</sup> SEMAINES .. 1 PLUS TARD ..... 2	
509D	Combien de fois le vaccin de la polio a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>								
509E	Le vaccin du DTCoq, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse ou à la fesse donnée quelquefois en même temps que les gouttes contre la polio ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 509G) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 509G) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 509G) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 509G) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 509G) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 509G) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 509G) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 509G) ← NE SAIT PAS ..... 8	
509F	Combien de fois le vaccin du DTCoq a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>								
509G	Une vaccination contre la rougeole ou la RRO, c'est-à-dire une injection dans le bras à l'âge de 9 mois ou plus tard pour lui éviter d'avoir 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	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
512	VÉRIFIER 506 :  DATE INSCRITE POUR DOSE DE VITAMINE A	DATE POUR LA DOSE LA PLUS RÉCENTE DE VIT. A <input type="checkbox"/> ↓ AUTRE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 514)	DATE POUR LA DOSE LA PLUS RÉCENTE DE VIT. A <input type="checkbox"/> ↓ AUTRE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 514)	DATE POUR LA DOSE LA PLUS RÉCENTE DE VIT. A <input type="checkbox"/> ↓ AUTRE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 514)
513	D'après son carnet de santé, (NOM) a reçu une dose de vitamine A (comme celle(s)-ci) en (MOIS ET ANNÉE DE LA DOSE LA PLUS RÉCENTE SELON LE CARNET). Est-ce que (NOM) a reçu une autre dose de vitamine A depuis ?  MONTRER MODÈLES COURANTS AMPOULES/COMPRIMÉS/SIROP	OUI ..... 1 (PASSER À 515) ← NON ..... 2 (PASSER À 516) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 (PASSER À 515) ← NON ..... 2 (PASSER À 516) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 (PASSER À 515) ← NON ..... 2 (PASSER À 516) ← NE SAIT PAS ..... 8
514	Est-ce que (NOM) a déjà reçu une dose de vitamine A (comme celle(s)-ci) ?  MONTRER MODÈLES COURANTS AMPOULES/COMPRIMÉS/SIROP	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 516) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 516) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 516) ← NE SAIT PAS ..... 8
515	Est-ce que (NOM) a reçu une dose de vitamine A au cours des six derniers mois ?	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	Au cours des sept derniers jours est-ce que (NOM) a pris des comprimés de fer, des granules, du sirop contenant du fer (comme celui(ceux)-ci) ?  MONTRER TYPES COURANTS DE COMPRIMÉ, GRANULE, 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
517	Au cours des six derniers mois, est-ce que (NOM) a pris 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
518	Est-ce que (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 533) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 533) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 533) ← NE SAIT PAS ..... 8
519	Est-ce qu'il y avait 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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
520	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide a été donnée à (NOM) durant sa diarrhée, y compris le lait maternel. Lui avez-vous offert à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?  SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous offert à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?	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
521	Quand (NOM) avait la diarrhée, lui avez-vous donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou ne lui avez-vous rien donné à manger ?  SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS ... 1 UN PEU MOINS ..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 A STOPPÉ NOUR- RITURE ..... 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 NOUR- RITURE ..... 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 NOUR- RITURE ..... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8
522	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 527) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 527) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 527) ←
523	Où avez-vous recherché un conseil ou un traitement ?  Quelque part ailleurs ?  INSISTER POUR IDENTIFIER LES TYPES D'ENDROITS ET ENCERCLER LE/LES CODE(S) APPROPRIÉ(S).  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> CTR HÔPITALIER II .. A CTR HÔPITALIER I .. B CTR DE SANTÉ DE BASE II ..... C CTR DE SANTÉ DE BASE I ..... D AUTRE PUBLIC _____ E (PRÉCISER)  <b>SECTEUR MÉDIC. PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... F CTR DE SANTÉ PRIVÉ G PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS .. H MÉDECIN PRIVÉ ..... I CENTRE PF/FISA ... J TOP RESEAU ..... K AUTRE MÉDIC. PRIVÉ _____ L (PRÉCISER)  <b>AUTRE ENDROIT</b> AGENT VBC ..... M BOUTIQUE ..... N KIOSQUE ..... O GUÉRISSEUR TRADIT .. P  AUTRE _____ X (PRÉCISER)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> CTR HÔPITALIER II .. A CTR HÔPITALIER I .. B CTR DE SANTÉ DE BASE II ..... C CTR DE SANTÉ DE BASE I ..... D AUTRE PUBLIC _____ E (PRÉCISER)  <b>SECTEUR MÉDIC. PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... F CTR DE SANTÉ PRIVÉ G PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS .. H MÉDECIN PRIVÉ ..... I CENTRE PF/FISA ... J TOP RESEAU ..... K AUTRE MÉDIC. PRIVÉ _____ L (PRÉCISER)  <b>AUTRE ENDROIT</b> AGENT VBC ..... M BOUTIQUE ..... N KIOSQUE ..... O GUÉRISSEUR TRADIT .. P  AUTRE _____ X (PRÉCISER)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> CTR HÔPITALIER II .. A CTR HÔPITALIER I .. B CTR DE SANTÉ DE BASE II ..... C CTR DE SANTÉ DE BASE I ..... D AUTRE PUBLIC _____ E (PRÉCISER)  <b>SECTEUR MÉDIC. PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... F CTR DE SANTÉ PRIVÉ G PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS .. H MÉDECIN PRIVÉ ..... I CENTRE PF/FISA ... J TOP RESEAU ..... K AUTRE MÉDIC. PRIVÉ _____ L (PRÉCISER)  <b>AUTRE ENDROIT</b> AGENT VBC ..... M BOUTIQUE ..... N KIOSQUE ..... O GUÉRISSEUR TRADIT .. P  AUTRE _____ X (PRÉCISER)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
524	VÉRIFIER 523 :	2 CODES OU PLUS ENCER-CLÉS <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 526)	UN SEUL CODE ENCER-CLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 526)	2 CODES OU PLUS ENCER-CLÉS <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 526)
525	Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ? UTILISER LES CODES Q. 523	1 <sup>er</sup> ENDROIT..... <input type="checkbox"/>	1 <sup>er</sup> ENDROIT..... <input type="checkbox"/>	1 <sup>er</sup> ENDROIT..... <input type="checkbox"/>
526	Combien de jours après le début de la diarrhée, avez-vous commencé à rechercher des conseils ou un traitement pour (NOM) ? SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>
527	(NOM) a-t-il encore la diarrhée, en ce moment ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
528	Lui avez-vous donné l'une des choses suivantes à boire depuis qu'il/elle a la diarrhée ?	OUI NON NSP	OUI NON NSP	OUI NON NSP
	a) Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial	LIQUIDE SACHET SRO..... 1 2 8	LIQUIDE SACHET SRO..... 1 2 8	LIQUIDE SACHET SRO..... 1 2 8
	b) Liquide SRO en sachet préconditionné	SRO LIQUIDE ... 1 2 8	SRO LIQUIDE ... 1 2 8	SRO LIQUIDE ... 1 2 8
	c) Un liquide maison recommandé par le gouvernement	LIQUIDE MAISON ... 1 2 8	LIQUIDE MAISON ... 1 2 8	LIQUIDE MAISON ... 1 2 8
529	Est-ce que quelque chose (d'autre) a été donné pour traiter la diarrhée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 533) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 533) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 533) ← NE SAIT PAS ..... 8
530	Qu'a-t-on donné (d'autre) pour traiter la diarrhée ?  Quelque chose d'autre ?  ENREGISTRER TOUS LES TRAITEMENTS DONNÉS	<b>COMPRIMÉ OU SIROP</b> ANTIBIOTIQUE..... A ANTIMOTILITE..... B ZINC ..... C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITE, OU ZINC) ..... D COMPRIMÉ/SIROP INCONNU ..... E <b>INJECTION</b> ANTIBIOTIQUE ... F PAS ANTIBIOT ... G INJECTION INCONNUE ..... H (IV) INTRAVEINEUSE . I REMÈDE MAISON/ HERBES MEDICINALES..... J AUTRE _____ X (PRÉCISER)	<b>COMPRIMÉ OU SIROP</b> ANTIBIOTIQUE..... A ANTIMOTILITE..... B ZINC ..... C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITE, OU ZINC) ..... D COMPRIMÉ/SIROP INCONNU ..... E <b>INJECTION</b> ANTIBIOTIQUE ... F PAS ANTIBIOT ... G INJECTION INCONNUE ..... H (IV) INTRAVEINEUSE . I REMÈDE MAISON/ HERBES MEDICINALES..... J AUTRE _____ X (PRÉCISER)	<b>COMPRIMÉ OU SIROP</b> ANTIBIOTIQUE..... A ANTIMOTILITE..... B ZINC ..... C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITE, OU ZINC) ..... D COMPRIMÉ/SIROP INCONNU ..... E <b>INJECTION</b> ANTIBIOTIQUE ... F PAS ANTIBIOT ... G INJECTION INCONNUE ..... H (IV) INTRAVEINEUSE . I REMÈDE MAISON/ HERBES MEDICINALES..... J AUTRE _____ X (PRÉCISER)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
531	VÉRIFIER 530 :  A T-ON DONNÉ DU ZINC ?	CODE "C" ENCER-CLÉ <input type="checkbox"/> CODE "C" NON ENCER-CLÉ <input type="checkbox"/>  (PASSER À 533) ←	CODE "C" ENCER-CLÉ <input type="checkbox"/> CODE "C" NON ENCER-CLÉ <input type="checkbox"/>  (PASSER À 533) ←	CODE "C" ENCER-CLÉ <input type="checkbox"/> CODE "C" NON ENCER-CLÉ <input type="checkbox"/>  (PASSER À 533) ←
532	Combien de fois a t-on donné du zinc à (NOM) ?	FOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	FOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	FOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98
533	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre, à un moment quelconque, dans les deux 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
534	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, au cours des deux dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 537) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 537) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 537) ← NE SAIT PAS ..... 8
535	Quand (NOM) souffrait de la toux, respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide ou avait-il/elle des difficultés pour respirer ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 538) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 538) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 538) ← NE SAIT PAS ..... 8
536	Ces difficultés pour respirer étaient-elles dues à un problème de bronches, ou à un nez bouché ou qui coulait ?	BRONCHES SEULES . 1 NEZ SEUL ..... 2 LES DEUX ..... 3 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8 (PASSER À 538) ←	BRONCHES SEULES . 1 NEZ SEUL ..... 2 LES DEUX ..... 3 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8 (PASSER À 538) ←	BRONCHES SEULES . 1 NEZ SEUL ..... 2 LES DEUX ..... 3 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8 (PASSER À 538) ←
537	VÉRIFIER 533 :  A-T-IL EU DE LA FIÈVRE ?	OUI <input type="checkbox"/> NON OU NSP <input type="checkbox"/>  ALLER À 503 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À Q.573	OUI <input type="checkbox"/> NON OU NSP <input type="checkbox"/>  ALLER À 503 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À Q.573	OUI <input type="checkbox"/> NON OU NSP <input type="checkbox"/>  ALLER À 503 DANS L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À Q.573
538	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide a été donnée à (NOM) pendant qu'il/elle souffrait de la toux/avait de la fièvre, y compris le lait maternel. Lui avez-vous offert à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?  SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous offert à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?	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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
539	<p>Quand (NOM) avait de la fièvre/souffrait de la toux, lui avez-vous offert à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger ?</p> <p>SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?</p>	BEAUCOUP MOINS ... 1 UN PEU MOINS ..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 A STOPPÉ NOUR- RITURE ..... 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 NOUR- RITURE ..... 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 NOUR- RITURE ..... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8
540	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement quand (NOM) avait la fièvre/souffrait de la toux ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 545) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 545) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 545) ←
541	<p>Où avez-vous recherché un conseil ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTER POUR IDENTIFIER LES TYPES D'ENDROITS ET ENCERCLER LE/LES CODE(S) APPROPRIÉS(S).</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> CTR HÔSPITALIER II .. A CTR HÔSPITALIER I .. B CTR DE SANTÉ DE BASE II ..... C CTR DE SANTÉ DE BASE I ..... D AUTRE PUBLIC _____ E (PRÉCISER)	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> CTR HÔSPITALIER II .. A CTR HÔSPITALIER I .. B CTR DE SANTÉ DE BASE II ..... C CTR DE SANTÉ DE BASE I ..... D AUTRE PUBLIC _____ E (PRÉCISER)	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> CTR HÔSPITALIER II .. A CTR HÔSPITALIER I .. B CTR DE SANTÉ DE BASE II ..... C CTR DE SANTÉ DE BASE I ..... D AUTRE PUBLIC _____ E (PRÉCISER)
		<p><b>SECTEUR MÉDIC. PRIVÉ</b></p> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... F CTR DE SANTÉ PRIVÉ G PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS .. H MÉDECIN PRIVÉ ..... I CENTRE PF/FISA ... J TOP RESEAU ..... K AUTRE MÉDIC. PRIVÉ _____ L (PRÉCISER)	<p><b>SECTEUR MÉDIC. PRIVÉ</b></p> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... F CTR DE SANTÉ PRIVÉ G PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS .. H MÉDECIN PRIVÉ ..... I CENTRE PF/FISA ... J TOP RESEAU ..... K AUTRE MÉDIC. PRIVÉ _____ L (PRÉCISER)	<p><b>SECTEUR MÉDIC. PRIVÉ</b></p> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... F CTR DE SANTÉ PRIVÉ G PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS .. H MÉDECIN PRIVÉ ..... I CENTRE PF/FISA ... J TOP RESEAU ..... K AUTRE MÉDIC. PRIVÉ _____ L (PRÉCISER)
		<p><b>AUTRE ENDROIT</b></p> AGENT COMMUNAUT. M BOUTIQUE ..... N KIOSQUE ..... O GUÉRISSEUR TRADIT.. P AUTRE _____ X (PRÉCISER)	<p><b>AUTRE ENDROIT</b></p> AGENT COMMUNAUT. M BOUTIQUE ..... N KIOSQUE ..... O GUÉRISSEUR TRADIT.. P AUTRE _____ X (PRÉCISER)	<p><b>AUTRE ENDROIT</b></p> AGENT COMMUNAUT. M BOUTIQUE ..... N KIOSQUE ..... O GUÉRISSEUR TRADIT.. P AUTRE _____ X (PRÉCISER)
542	VÉRIFIER 541 :	2 CODES      UN SEUL OU PLUS      CODE ENCERCLÉS    ENCERCLÉ 	2 CODES      UN SEUL OU PLUS      CODE ENCERCLÉS    ENCERCLÉ 	2 CODES      UN SEUL OU PLUS      CODE ENCERCLÉS    ENCERCLÉ 
543	<p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISER LES CODES Q. 541</p>	1 <sup>er</sup> ENDROIT..... <input type="checkbox"/>	1 <sup>er</sup> ENDROIT..... <input type="checkbox"/>	1 <sup>er</sup> ENDROIT..... <input type="checkbox"/>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
544	Combien de jours après le début de la fièvre/toux, avez-vous commencé à rechercher des conseils ou un traitement pour (NOM) ? SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
545	(NOM) a-t-il encore la fièvre/toux, en ce moment ?	FIÈVRE SEULE ..... 1 TOUX SEULE ..... 2 FIÈVRE ET TOUX ... 3 NI L'UNE, NI L'AUTRE . 4 NE SAIT PAS ..... 8	FIÈVRE SEULE ..... 1 TOUX SEULE ..... 2 FIÈVRE ET TOUX ... 3 NI L'UNE, NI L'AUTRE . 4 NE SAIT PAS ..... 8	FIÈVRE SEULE ..... 1 TOUX SEULE ..... 2 FIÈVRE ET TOUX ... 3 NI L'UNE, NI L'AUTRE . 4 NE SAIT PAS ..... 8
546	Est-ce que pendant la fièvre/toux, (NOM) a pris des médicaments pour se soigner ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 503 DANS COL. SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAIS. ALLER À Q.573) NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLER À 503 DANS COL. SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAIS. ALLER À Q.573) NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLER À 503 DANS L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À Q.573 NE SAIT PAS ..... 8
547	Quel médicament (NOM) a-t-il pris ?  Pas d'autres médicaments ?  NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	<b>ANTIPALUDÉENS</b> SP/FANSIDAR ..... A CHLOROQUINE ... B AMODIAQUINE ... C QUININE ..... D COMBINAISON À BASE D'ARTEMISININE E AUTRE ANTI- PALUDÉEN ..... F  _____ (PRÉCISER)  <b>ANTIBIOTIQUES</b> COMPRIMÉS/SIROP G INJECTION ..... H  <b>AUTRES MÉDICAMENTS</b> ASPIRINE ..... I ACETAMINOPHEN J IBUPROFEN ..... K  AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z	<b>ANTIPALUDÉENS</b> SP/FANSIDAR ..... A CHLOROQUINE ... B AMODIAQUINE ... C QUININE ..... D COMBINAISON À BASE D'ARTEMISININE E AUTRE ANTI- PALUDÉEN ..... F  _____ (PRÉCISER)  <b>ANTIBIOTIQUES</b> COMPRIMÉS/SIROP G INJECTION ..... H  <b>AUTRES MÉDICAMENTS</b> ASPIRINE ..... I ACETAMINOPHEN J IBUPROFEN ..... K  AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z	<b>ANTIPALUDÉENS</b> SP/FANSIDAR ..... A CHLOROQUINE ... B AMODIAQUINE ... C QUININE ..... D COMBINAISON À BASE D'ARTEMISININE E AUTRE ANTI- PALUDÉEN ..... F  _____ (PRÉCISER)  <b>ANTIBIOTIQUES</b> COMPRIMÉS/SIROP G INJECTION ..... H  <b>AUTRES MÉDICAMENTS</b> ASPIRINE ..... I ACETAMINOPHEN J IBUPROFEN ..... K  AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z
548	VÉRIFIER 547 :  Y A-T-IL UN CODE A-G ENCERCLÉ ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ↓ ALLER À 503 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À Q.573	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ↓ ALLER À 503 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À Q.573	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ↓ ALLER À 503 DANS L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À Q.573

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
549	<p>Aviez-vous déjà (NOM DU MÉDICAMENT DE Q.547) à la maison quand l'enfant est tombé malade ?</p> <p>DEMANDER SÉPARÉMENT POUR CHAQUE MÉDICAMENT PRIS PAR L'ENFANT ET ENREGISTRÉ À Q.547 AUX CODES A-G.</p> <p>SI OUI POUR UN MÉDICAMENT, ENCERCLER SON CODE.</p> <p>SI NON POUR TOUS LES MÉDICAMENTS, ENCERCLER 'Y'.</p>	<p><b>ANTIPALUDÉENS</b>            SP/FANSIDAR ... A            CHLOROQUINE ... B            AMODIAQUINE ... C            QUININE ..... D            COMBINAISON            À BASE            D'ARTEMISININE E            AUTRE ANTI-            PALUDÉEN ..... F</p> <p><b>ANTIBIOTIQUES</b>            COMPRIMÉS/SIROP G</p> <p>PAS DE MÉDICAMENT            À LA MAISON ..... Y</p>	<p><b>ANTIPALUDÉENS</b>            SP/FANSIDAR ... A            CHLOROQUINE ... B            AMODIAQUINE ... C            QUININE ..... D            COMBINAISON            À BASE            D'ARTEMISININE E            AUTRE ANTI-            PALUDÉEN ..... F</p> <p><b>ANTIBIOTIQUES</b>            COMPRIMÉS/SIROP G</p> <p>PAS DE MÉDICAMENT            À LA MAISON ..... Y</p>	<p><b>ANTIPALUDÉENS</b>            SP/FANSIDAR ... A            CHLOROQUINE ... B            AMODIAQUINE ... C            QUININE ..... D            COMBINAISON            À BASE            D'ARTEMISININE E            AUTRE ANTI-            PALUDÉEN ..... F</p> <p><b>ANTIBIOTIQUES</b>            COMPRIMÉS/SIROP G</p> <p>PAS DE MÉDICAMENT            À LA MAISON ..... Y</p>
550	<p>VÉRIFIER 547 :</p> <p>Y A-T-IL UN CODE A-F ENCERCLÉ ?</p>	<p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>ALLER À 503            DANS COLONNE            SUIVANTE OU, SI            PLUS DE            NAISSANCES,            ALLER À Q.573</p>	<p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>ALLER À 503            DANS COLONNE            SUIVANTE OU, SI            PLUS DE            NAISSANCES,            ALLER À Q.573</p>	<p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>ALLER À 503            DANS L'AVANT-            DERNIÈRE COL.            DU NOUVEAU            QUESTIONNAIRE            OU, SI PLUS DE            NAISSANCES,            ALLER À Q.573</p>
551	<p>VÉRIFIER 547 :</p> <p>A-T-ON DONNÉ DU FANSIDAR (CODE 'A') ?</p>	<p>CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>↓ (PASSER À 554) ←</p>	<p>CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>↓ (PASSER À 554) ←</p>	<p>CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>↓ (PASSER À 554) ←</p>
552	<p>Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre du Fansidar ?</p>	<p>MÊME JOUR ..... 0            JOUR SUIVANT ..... 1            2 JOURS APRÈS            FIÈVRE ..... 2            3 JOURS APRÈS            FIÈVRE ..... 3            4 JOURS OU PLUS            APRÈS FIÈVRE ... 4            NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>MÊME JOUR ..... 0            JOUR SUIVANT ..... 1            2 JOURS APRÈS            FIÈVRE ..... 2            3 JOURS APRÈS            FIÈVRE ..... 3            4 JOURS OU PLUS            APRÈS FIÈVRE ... 4            NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>MÊME JOUR ..... 0            JOUR SUIVANT ..... 1            2 JOURS APRÈS            FIÈVRE ..... 2            3 JOURS APRÈS            FIÈVRE ..... 3            4 JOURS OU PLUS            APRÈS FIÈVRE ... 4            NE SAIT PAS ..... 8</p>
553	<p>Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris du Fansidar ?</p> <p>SI 7 JOURS OU PLUS, INSCRIRE 7.</p>	<p>JOURS ..... <input type="checkbox"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>JOURS ..... <input type="checkbox"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>JOURS ..... <input type="checkbox"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>
554	<p>VÉRIFIER 547 :</p> <p>A-T-ON DONNÉ DE LA CHLOROQUINE (CODE 'B') ?</p>	<p>CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>↓ (PASSER À 557) ←</p>	<p>CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>↓ (PASSER À 557) ←</p>	<p>CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>↓ (PASSER À 557) ←</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
555	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la Chloroquine ?	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 4 NE SAIT PAS ..... 8	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 4 NE SAIT PAS ..... 8	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 4 NE SAIT PAS ..... 8
556	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris de la Chloroquine ?  SI 7 JOURS OU PLUS, INSCRIRE 7.	JOURS ..... <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 8	JOURS ..... <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 8	JOURS ..... <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 8
557	VÉRIFIER 547 :  A-T-ON DONNÉ DE L'AMODIAQUINE (CODE 'C') ?	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>  (PASSER À 560) ←	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>  (PASSER À 560) ←	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>  (PASSER À 560) ←
558	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'Amodiaquine ?	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 4 NE SAIT PAS ..... 8	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 4 NE SAIT PAS ..... 8	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 4 NE SAIT PAS ..... 8
559	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris de l'Amodiaquine ?  SI 7 JOURS OU PLUS, INSCRIRE 7.	JOURS ..... <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 8	JOURS ..... <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 8	JOURS ..... <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 8
560	VÉRIFIER 547 :  A-T-ON DONNÉ DE LA QUININE (CODE 'D') ?	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>  (PASSER À 563) ←	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>  (PASSER À 563) ←	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>  (PASSER À 563) ←
561	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la Quinine ?	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 4 NE SAIT PAS ..... 8	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 4 NE SAIT PAS ..... 8	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 4 NE SAIT PAS ..... 8
562	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris de la Quinine ?  SI 7 JOURS OU PLUS, INSCRIRE 7.	JOURS ..... <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 8	JOURS ..... <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 8	JOURS ..... <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
563	VÉRIFIER 547 : A-T-ON DONNÉ DE LA COMBINAISON À BASE D'ARTÉMISININE (CODE 'E') ?	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 569) ←	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 569) ←	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 569) ←
564	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'Artémisinine ?	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 4 NE SAIT PAS ..... 8	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 4 NE SAIT PAS ..... 8	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 4 NE SAIT PAS ..... 8
565	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris de l'Artémisinine ?  SI 7 JOURS OU PLUS, INSCRIRE 7.	JOURS ..... <input type="checkbox"/>  NE SAIT PAS ..... 8	JOURS ..... <input type="checkbox"/>  NE SAIT PAS ..... 8	JOURS ..... <input type="checkbox"/>  NE SAIT PAS ..... 8
569	VÉRIFIER 547 : A-T-ON DONNÉ UN AUTRE ANTIPALUDÉEN (CODE 'F') ?	CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ ALLER À 503 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À Q.573	CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ ALLER À 503 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À Q.573	CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ ALLER À 503 DANS L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À Q.573
570	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre UN AUTRE ANTIPALUDÉEN ?	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 4 NE SAIT PAS ..... 8	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 4 NE SAIT PAS ..... 8	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ... 4 NE SAIT PAS ..... 8
571	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris UN AUTRE ANTIPALUDÉEN ?  SI 7 JOURS OU PLUS, INSCRIRE 7.	JOURS ..... <input type="checkbox"/>  NE SAIT PAS ..... 8	JOURS ..... <input type="checkbox"/>  NE SAIT PAS ..... 8	JOURS ..... <input type="checkbox"/>  NE SAIT PAS ..... 8
572		ALLER À 503 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À Q.573	ALLER À 503 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À Q.573	ALLER À 503 DANS L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À Q.573

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
573	<p>VÉRIFIER 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES :</p> <p>NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2003 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/>                      AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p>ENREGISTRER LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE (ET CONTINUER EN POSANT 574)</p> <p>_____</p> <p>(NOM)</p>		576
574	<p>La dernière fois que (NOM DE 573) est allé aux toilettes, qu'avez-vous fait de ces excréments ?</p>	<p>ENFANT A UTILISÉ TOILETTES OU LATRINES ..... 01</p> <p>JETÉ/RINSÉ DANS TOILETTES OU LATRINES ..... 02</p> <p>JETÉ/RINSÉ DANS ÉGOUT OU CANIVEAU ..... 03</p> <p>JETÉ AUX ORDURES ..... 04</p> <p>ENTERRÉ ..... 05</p> <p>LAISSÉ À L'AIR ..... 06</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
575	<p>VÉRIFIER 528(a) ET 528(b), TOUTES LES COLONNES :</p> <p>AUCUN ENFANT N'A REÇU DE LIQUIDE DE SACHET SRO OU DE SACHET SRO PRÉCONDITIONNÉ <input type="checkbox"/></p> <p>UN ENFANT A REÇU DES LIQUIDES DE SACHETS SRO OU DE SACHETS SRO PRÉCONDITIONNÉS <input type="checkbox"/></p>		577
576	<p>Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé SRO ou d'un sachet de SRO préconditionné que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
577	<p>VÉRIFIER 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES :</p> <p>NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2005 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/>                      AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p>ENREGISTRER LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE (ET CONTINUER EN POSANT 578)</p> <p>_____</p> <p>(NOM)</p>		601
578	<p>Je voudrais maintenant vous demander quels liquides et quels aliments (NOM de 577) a bus et mangés hier durant le jour ou la nuit ?</p> <p>Est-ce que (NOM de 577) (a bu /mangé) :</p> <p>De l'eau ?</p> <p>Préparation artificielle vendue en commerce pour bébé ?</p> <p>Tout type de céréales pour bébé, comme Cerelac ?</p> <p>Autre bouillie ou semoule ?</p>	<p>OUI    NON    NSP</p> <p>EAU ..... 1    2    8</p> <p>PRÉPARATION ..... 1    2    8</p> <p>CÉRÉALES POUR BÉBÉ: . . . . 1    2    8</p> <p>AUTRE BOUILLIE/SEMOULE. 1    2    8</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																																																																																																																																											
579	<p>Je voudrais maintenant vous demander quels sont les (autres) liquides ou aliments que (NOM de 577) a/vous avez consommé hier durant le jour ou la nuit, même si votre enfant a/vous avez consommé cet aliment mélangé à d'autres.</p> <p>Est-ce que (NOM de 577) a/vous avez bu (mangé) :</p> <p>a) du lait tel que du lait en boîte, en poudre ou du lait frais d'animal ?</p> <p>b) du thé ou du café ?</p> <p>c) d'autres liquides ?</p> <p>d) du pain, du riz, des pâtes ou d'autres aliments à base de céréales ?</p> <p>e) des citrouilles, carottes, courges ou pommes de terre douces qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur ?</p> <p>f) des pommes de terres, ignames blanches, manioc, autres aliments préparés à base de racines ?</p> <p>g) des légumes à feuilles vertes ?</p> <p>h) des mangues ou des papayes ?</p> <p>i) d'autres fruits ou légumes ?</p> <p>j) du foie, rein, cœur ou autres abats ?</p> <p>k) de la viande comme du bœuf, du porc, de l'agneau, de la chèvre, du poulet ou du canard ?</p> <p>l) des œufs ?</p> <p>m) du poisson frais ou séché ou des crustacés ?</p> <p>n) des aliments préparés à base de haricots, de pois, de lentilles ou de noix ?</p> <p>o) du fromage, du yaourt ou autres produits laitiers ?</p> <p>p) des huiles, des graisse ou du beurre, ou des aliments préparés à partir de ces ingrédients ?</p> <p>q) des aliments sucrés tels que du chocolat, des sucreries, des bonbons, des gâteaux, des pâtisseries ou des biscuits ?</p> <p>r) d'autres aliments solides ou semi solides ?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">ENFANT</th> <th colspan="3">MÈRE</th> </tr> <tr> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>g</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>h</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>i</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>j</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>k</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>l</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>m</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>n</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>o</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>p</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>q</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>r</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		ENFANT			MÈRE			OUI	NON	NSP	OUI	NON	NSP	a	1	2	8	1	2	8	b	1	2	8	1	2	8	c	1	2	8	1	2	8	d	1	2	8	1	2	8	e	1	2	8	1	2	8	f	1	2	8	1	2	8	g	1	2	8	1	2	8	h	1	2	8	1	2	8	i	1	2	8	1	2	8	j	1	2	8	1	2	8	k	1	2	8	1	2	8	l	1	2	8	1	2	8	m	1	2	8	1	2	8	n	1	2	8	1	2	8	o	1	2	8	1	2	8	p	1	2	8	1	2	8	q	1	2	8	1	2	8	r	1	2	8	1	2	8	
	ENFANT			MÈRE																																																																																																																																										
	OUI	NON	NSP	OUI	NON	NSP																																																																																																																																								
a	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
b	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
c	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
d	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
e	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
f	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
g	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
h	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
i	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
j	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
k	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
l	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
m	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
n	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
o	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
p	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
q	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
r	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
580	<p>VÉRIFIER 578 (2 DERNIÈRES CATÉGORIES : CÉRÉALES POUR BÉBÉS OU AUTRE BOUILLIE/SEMOULE)</p> <p>AU MOINS UN <input type="checkbox"/> "OUI" ↓</p>	<p>PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> "OUI" →</p>	601																																																																																																																																											
581	<p>Combien de fois (NOM DE 577) a-t-il/elle mangé des aliments solides, semi-solides ou des bouillies autres que des liquides hier, durant le jour ou la nuit ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIRE '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 mariée ?	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 mariée ?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE ..... 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME ..... 2 NON ..... 3	→ 617
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 LE NUMÉRO DE LIGNE DU MARI/PARTENAIRE INSCRIT DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, ENREGISTRER '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	Y compris vous-même, en tout, avec combien d'épouses ou partenaires votre mari vit-il actuellement comme s'il était marié ?	NOMBRE TOTAL D'ÉPOUSES ET DE PARTENAIRE ..... <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	



		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL																																				
626A	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Mais d'abord, 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 vouliez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante. ↳ (PASSER À 628)																																							
627	Quand avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne pour la dernière fois ?		JOURS... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> SEMAINE 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MOIS ... 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>													JOURS... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> SEMAINE 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MOIS ... 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																								
628	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 (PASSER À 630) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 630) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 630) ←																																				
629	Avez-vous utilisé un condom 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																																				
630	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 (PASSER À 636) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE... 2 PETIT AMI VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE... 4 PROSTITUÉ ..... 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER)	MARI ..... 1 (PASSER À 636) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE... 2 PETIT AMI VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE... 4 PROSTITUÉ ..... 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER)	MARI ..... 1 (PASSER À 636) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE... 2 PETIT AMI VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE... 4 PROSTITUÉ ..... 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER)																																				
631	Pendant/depuis combien de temps avez-vous (eu) des rapports sexuels avec cette personne ? SI L'ENQUÊTÉE N'A EU DES RAPPORTS SEXUELS QU'UNE SEULE FOIS AVEC CETTE PERSONNE, ENREGISTRER '01' JOUR	JOURS . 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MOIS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>													JOURS . 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MOIS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>													JOURS . 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MOIS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>												
632	VÉRIFIER 107 :	ÂGE 15-24 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> ÂGE 25-49 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> ↓ (PASSER À 636) ←			ÂGE 15-24 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> ÂGE 25-49 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> ↓ (PASSER À 636) ←			ÂGE 15-24 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> ÂGE 25-49 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> ↓ (PASSER À 636) ←																																
633	Quel âge a cette personne ?	ÂGE DU PARTENAIRE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> (PASSER À 636) ← NE SAIT PAS ..... 98			ÂGE DU PARTENAIRE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> (PASSER À 636) ← NE SAIT PAS ..... 98			ÂGE DU PARTENAIRE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> (PASSER À 636) ← NE SAIT PAS ..... 98																																
634	Cette personne est-elle plus âgée que vous, plus jeune que vous ou bien a-t-elle environ le même âge que vous ?	PLUS ÂGÉE .... 1 PLUS JEUNE .... 2 MÊME ÂGE ..... 3 NSP..... 8 (PASSER À 636) ←	PLUS ÂGÉE .... 1 PLUS JEUNE .... 2 MÊME ÂGE ..... 3 NSP..... 8 (PASSER À 636) ←	PLUS ÂGÉE .... 1 PLUS JEUNE .... 2 MÊME ÂGE ..... 3 NSP..... 8 (PASSER À 636) ←																																				
635	Diriez-vous que cette personne a dix ans de plus que vous ou davantage ou moins de dix ans de plus que vous ?	DIX ANS OU PLUS . 1 MOINS DE DIX ANS . 2 PLUS ÂGÉE, NSP DE COMBIEN ... 3	DIX ANS OU PLUS . 1 MOINS DE DIX ANS . 2 PLUS ÂGÉE, NSP DE COMBIEN ... 3	DIX ANS OU PLUS . 1 MOINS DE DIX ANS . 2 PLUS ÂGÉE, NSP DE COMBIEN ... 3																																				

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
636	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne, est-ce que vous ou cette personne aviez-vous bu de l'alcool ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 638) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 638) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 639) ←
637	Est-ce que vous ou cette personne étiez ivre à ce moment-là ?  SI OUI : Qui était ivre ?	ENQUÊTÉE SEULE .. 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉE ET PARTENAIRE ..... 3 NI L'UN NI L'AUTRE . 4	ENQUÊTÉE SEULE .. 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉE ET PARTENAIRE ..... 3 NI L'UN NI L'AUTRE . 4	ENQUÊTÉE SEULE .. 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉE ET PARTENAIRE ..... 3 NI L'UN NI L'AUTRE . 4
638	Mis à part [cette/ces deux personne/s], avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 (RETOUR À 627 ← À COL.SUIVANTE) NON ..... 2 (PASSER À 640) ←	OUI ..... 1 (RETOUR À 627 ← À COL.SUIVANTE) NON ..... 2 (PASSER À 639A) ←	
639	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ?  EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE PARTENAIRE EST SUPÉRIEUR À 95, INSCRIRE '95'.			NRE DE PARTENAIRE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS .... <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ... 98
639A	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours du dernier mois ?  EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE PARTENAIRE EST SUPÉRIEUR À 95, INSCRIRE '95'.		NRE DE PARTENAIRE AU COURS DU DERNIER MOIS .... <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ... 98	NRE DE PARTENAIRE AU COURS DU DERNIER MOIS .... <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ... 98

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
640	<p>En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels dans toute votre vie ?</p> <p>EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p> <p>SI LE NOMBRE EST SUPÉRIEUR À 95, INSCRIRE '95'</p>	<p>NBRE DE PARTENAIRES AU COURS DE LA VIE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	
641	<p>Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 644
642	<p>Où est-ce ?</p> <p>Y a-t-il un autre endroit ?</p> <p>INSISTER POUR DÉTERMINER TOUS LES TYPES DE SOURCES ET ENCERCLER LE/LES CODE APPROPRIÉ</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE/DES ENDROIT(S))</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>CENTRE HOSPITALIER II (CHD II) A</p> <p>CENTRE HOSPITALIER I (CHD I) B</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE II ... C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE I ... D</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... E</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... F</p> <p>PHARMACIE/DÉPÔT DE</p> <p>MÉDICAMENTS ..... G</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... H</p> <p>CENTRE DE PF/FISA ..... I</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>AGENT VBC ..... J</p> <p>BOUTIQUE ..... K</p> <p>KIOSQUE ..... L</p> <p>ÉGLISE ..... M</p> <p>AMIS/PARENTS ..... N</p> <p>MAISON DE PASSE/HÔTEL ..... O</p> <p>PAIR ÉDUCATEUR ..... P</p> <p>FIMAILO ..... Q</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
643	<p>Si vous le vouliez, pourriez-vous, vous-même, vous procurer un condom ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8</p>	
644	<p>Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms féminins ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 701

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
645	<p>Où est-ce ?</p> <p>Y a-t-il un autre endroit ?</p> <p>INSISTER POUR DÉTERMINER TOUS LES TYPES DE SOURCES ET ENCERCLER LE/LES CODE APPROPRIÉ</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE/DES ENDROIT(S))</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL GOUV. .... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUV ..... B</p> <p>CLINIQUE PF ..... C</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... D</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... E</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ F</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G</p> <p>PHARMACIE ..... H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... I</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... J</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... K</p> <p>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ L</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p><b>AUTRE ENDROIT</b></p> <p>BOUTIQUE ..... M</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE ..... N</p> <p>AMIS/PARENTS ..... O</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
646	<p>Si vous le vouliez, pourriez-vous, vous-même, vous procurer un condom féminin ?</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	PASSER À				
701	VÉRIFIER 311/311A : NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→ 713				
702	VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <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 ? 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 ?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ..... 1 PAS D'AUTRE/AUCUN ..... 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ..... 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS ET ENCEINTE ..... 4 INDÉCISE/NE SAIT PAS ET PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE .. 5	→ 704 → 713 → 709 → 708				
703	VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'(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 ANNÉES ..... 2 BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993 DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ..... 994 APRÈS MARIAGE ..... 995 AUTRE ..... 996 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 998	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> → 708 → 713 → 708				
704	VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→ 709				
705	VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? NON POSÉE <input type="checkbox"/> N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>		→ 713				
706	VÉRIFIER 703 : PAS POSÉE <input type="checkbox"/> 24 MOIS OU PLUS OU 02 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/> 00-23 MOIS OU 00-01 ANNÉE <input type="checkbox"/>		→ 709				

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
707	<p>VÉRIFIER 702 :</p> <p>VEUT UN/UN AUTRE ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>NE VEUT PAS D'(AUTRE) ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>Vous avez dit que, dans l'immédiat, vous ne vouliez pas avoir (un/un autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse.</p> <p>Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode ?</p> <p>Y-a t-il une autre raison ?</p> <p>Vous avez dit que vous ne vouliez pas d'(autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse.</p> <p>Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode ?</p> <p>Y-a t-il une autre raison ?</p> <p>ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p>	<p>NON MARIÉE ..... A</p> <p><b>RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ</b></p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS ... B</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS ... C</p> <p>MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE ... D</p> <p>SOUS-FÉCONDE/STÉRILE ..... E</p> <p>AMÉNORRHÉE POSTPARTUM ... F</p> <p>ALLAITEMENT ..... G</p> <p>FATALISTE ..... H</p> <p><b>OPPOSITION À L'UTILISATION</b></p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉE ..... I</p> <p>MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ ... J</p> <p>AUTRES PERSONNES OPPOSÉES... K</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX ..... L</p> <p><b>MANQUE DE CONNAISSANCE</b></p> <p>CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE ... M</p> <p>CONNAÎT AUCUNE SOURCE ... N</p> <p><b>RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES</b></p> <p>PROBLÈMES DE SANTÉ ..... O</p> <p>PEUR DES EFFETS SECONDAIRES P</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN ... Q</p> <p>TROP CHER ..... R</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER ..... S</p> <p>INTERFÈRE AVEC FONCTIONS NORMALES DU CORPS ..... T</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	
708	<p>VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?</p> <p>PAS POSÉE <input type="checkbox"/></p> <p>NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p> <p>OUI, UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p>		→ 713
709	<p>Pensez-vous que, dans un avenir proche ou lointain, vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>→ 711</p> <p>→ 713</p>
710	<p>Quelle méthode préféreriez-vous utiliser ?</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE ..... 01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE ..... 02</p> <p>PILULE ..... 03</p> <p>DIU ..... 04</p> <p>INJECTIONS ..... 05</p> <p>IMPLANTS ..... 06</p> <p>CONDOM ..... 07</p> <p>CONDOM FÉMININ ..... 08</p> <p>DIAPHRAGME ..... 09</p> <p>MOUSSE/GELÉE ..... 10</p> <p>MÉTHODE JOURS FIXES/COLLIER... 11</p> <p>MAMA ..... 12</p> <p>ABSTINENCE PÉRIODIQUE ..... 13</p> <p>RETRAIT ..... 14</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>PAS SÛRE ..... 98</p>	→ 713



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
717	VÉRIFIER 601 : OUI, <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT MARIÉE ↓ OUI, <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME ↓ NON, <input type="checkbox"/> PAS EN UNION →		801
718	VÉRIFIER 311/311A : CODE B, G, OU M ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> → PAS DE CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> → AUTRE <input type="checkbox"/> ↓		720 722
719	Est-ce que votre mari/partenaire sait que vous utilisez une méthode de planification familiale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
720	Diriez que l'utilisation de la contraception est principalement votre propre décision, principalement celle de votre mari/partenaire, ou une décision commune de vous deux ?	DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE ..... 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE ... 2 DÉCISION COMMUNE ..... 3 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER)	
721	VÉRIFIER 311/311A : NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> ↓ LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> →		801
722	Est-ce que votre mari/partenaire veut le même nombre d'enfants que vous, en veut-il davantage ou en veut-il moins que vous ?	MÊME NOMBRE ..... 1 PLUS D'ENFANTS ..... 2 MOINS D'ENFANTS ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	

**SECTION 8. CARACTÉRISTIQUES DU CONJOINT ET TRAVAIL DE LA FEMME**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À		
801	VÉRIFIER 601 ET 602 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT 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 ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <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'études qu'il a atteint : primaire, secondaire 1, secondaire 2 ou supérieur ?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE 1 ..... 2 SECONDAIRE 2 ..... 3 SUPÉRIEUR ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	→ 806		
805	Quelle est la dernière classe qu'il a achevée à ce niveau ?	CLASSE ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8			
806	VÉRIFIER 801 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> Quelle est l'occupation de votre mari/partenaire ? C'est-à-dire, quel genre de travail fait-il principalement ? Quelle était l'occupation de votre (dernier) mari/partenaire ? C'est-à-dire, quel genre de travail faisait-il principalement ?	<input type="text"/> <input type="text"/> _____ _____ _____			
807	En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous avez travaillé au cours des sept derniers jours ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 811		
808	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 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 quelconque 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 maladie, vacances, 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	→ 818		
811	Quelle est (était) votre occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail faites-vous (faisiez-vous) principalement ?	<input type="text"/> <input type="text"/> _____ _____ _____			
<b>NIVEAU D'ÉDUCATION</b>					
<b>NIVEAU</b>		<b>PRIMAIRE = 1</b>	<b>SECONDAIRE 1 = 2</b>	<b>SECONDAIRE 2 = 3</b>	<b>SUPÉRIEUR = 4</b>
		<b>0 = MOINS D'UNE ANNÉE ACHÉVÉE</b>			
<b>CLASSE</b>	T1 = 1 T2 = 2 T3 = 3 T4 = 4 T5 = 5 T6 = 6 NSP = 8	T6 = 6ème = 1 T7 = 5ème = 2 T8 = 4ème = 3 T9 = 3ème = 4 NSP = 8	T10 = 2nd = 1 T11 = 1ère = 2 T12 = Terminale = 3 NSP = 8	1ère année = 1 2ème année = 2 3ème année = 3 4ème année = 4 5ème année ou += 5 NSP = 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
812	VÉRIFIER 811 : TRAVAILLE DANS <input type="checkbox"/> L' AGRICULTURE NE TRAVAILLE PAS DANS <input type="checkbox"/> L' AGRICULTURE		→ 814
813	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre, ou sur la terre de votre famille, ou travaillez-vous sur une terre que vous louez, ou travaillez-vous sur la terre de quelqu'un d'autre ?	PROPRE TERRE ..... 1 TERRE DE LA FAMILLE ..... 2 TERRE LOUÉE ..... 3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE ... 4	
814	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 À SON COMPTE ..... 3	
815	Travaillez-vous habituellement à la maison ou loin de la maison ?	À LA MAISON ..... 1 LOIN DE LA MAISON ..... 2	
816	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière, ou seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE ..... 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE ... 2 DE TEMPS EN TEMPS ..... 3	
817	Pour ce travail, touchez-vous de l'argent, êtes-vous payée en nature ou n'êtes-vous pas payée du tout ?	ARGENT SEULEMENT ..... 1 ARGENT ET NATURE ..... 2 EN NATURE SEULEMENT ..... 3 PAS PAYÉE ..... 4	
818	VÉRIFIER 601 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 827
819	VÉRIFIER 817 : CODE 1 OU 2 ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 822
820	Qui décide habituellement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé : vous, votre mari/partenaire, ou vous et votre mari/partenaire ensemble ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE .. 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)	
821	Diriez-vous que vous gagnez plus d'argent 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	→ 823

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																								
822	Qui décide comment l'argent que votre mari/partenaire gagne va être utilisé : vous, votre mari/partenaire, ou vous et votre mari/partenaire ensemble ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE ... 3 MARI/PARTENAIRE NE GAGNE PAS D'ARGENT ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER)																									
823	Qui habituellement a le dernier mot dans les décisions concernant vos propres soins de santé : vous, votre mari/partenaire, vous et votre mari/partenaire ensemble ou quelqu'un d'autre ?	ENQUÊTÉE = 1 MARI/PARTENAIRE = 2 ENQUÊTÉE & MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE = 3 QUELQU'UN D'AUTRE = 4 AUTRE = 6 1      2      3      4      6																									
824	Qui habituellement a le dernier mot dans les décisions concernant les achats importants du ménage ?	1      2      3      4      6																									
825	Qui habituellement a le dernier mot dans les décisions concernant les achats pour les besoins quotidiens du ménage ?	1      2      3      4      6																									
826	Qui habituellement a le dernier mot dans les décisions concernant les visites à votre famille ou parents ?	1      2      3      4      6																									
827	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE MOMENT (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS, OU PAS PRÉSENTES)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRÉS/ ÉCOUTE</th> <th>PRÉS/ ÉCOUTE PAS</th> <th>PAS PRÉS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS &lt;10 ANS .</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>MARI .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES ...</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES ...</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		PRÉS/ ÉCOUTE	PRÉS/ ÉCOUTE PAS	PAS PRÉS	ENFANTS <10 ANS .	1	2	8	MARI .....	1	2	8	AUTRES HOMMES ...	1	2	8	AUTRES FEMMES ...	1	2	8					
	PRÉS/ ÉCOUTE	PRÉS/ ÉCOUTE PAS	PAS PRÉS																								
ENFANTS <10 ANS .	1	2	8																								
MARI .....	1	2	8																								
AUTRES HOMMES ...	1	2	8																								
AUTRES FEMMES ...	1	2	8																								
828	Parfois un mari est contrarié ou en colère à cause de certaines choses que fait sa femme. À votre avis, est-il légitime qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :  Si elle sort sans le lui dire ? Si elle néglige les enfants ? Si elle argumente avec lui ? Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ? Si elle brûle la nourriture ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SORTIR .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>NÉGL. 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>REFUSER SEX. ....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>BRÛLER NOUR. ....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	SORTIR .....	1	2	8	NÉGL. ENFANTS .....	1	2	8	ARGUMENTE .....	1	2	8	REFUSER SEX. ....	1	2	8	BRÛLER NOUR. ....	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																								
SORTIR .....	1	2	8																								
NÉGL. ENFANTS .....	1	2	8																								
ARGUMENTE .....	1	2	8																								
REFUSER SEX. ....	1	2	8																								
BRÛLER NOUR. ....	1	2	8																								
829	Est-ce que vous participez actuellement à un programme de micro-finance ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 831																								
830	Avez-vous rencontré des problèmes pour le remboursement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																									
831	Est-ce que vous êtes un membre d'une association quelconque ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 900																								
832	Quel est votre rôle dans cette association ?	SIMPLE MEMBRE ..... 1 PRÉSIDENTE/VICE-PRÉSIDENTE ... 2 SECRÉTAIRE ..... 3 AUTRE ..... 4																									



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																
915	<p>Au cours de l'une de ces visites prénatales pour votre dernière naissance, est-ce que l'on vous a parlé de l'un des sujets suivants :</p> <p>Des bébés qui contractent le virus du sida de leur mère ? Des choses que l'on peut faire pour ne pas contracter le sida ? Effectuer un test du sida ?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIDA DE LA MÈRE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>CHOSSES À FAIRE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>TEST DU SIDA</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	SIDA DE LA MÈRE	1	2	8	CHOSSES À FAIRE	1	2	8	TEST DU SIDA	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
SIDA DE LA MÈRE	1	2	8																
CHOSSES À FAIRE	1	2	8																
TEST DU SIDA	1	2	8																
916	Dans le cadre de ces soins prénatals, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																	
917	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du sida dans le cadre de vos soins prénatals ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 922																
918	Je ne veux pas connaître les résultats mais est-ce que vous avez obtenu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																	
919	<p>Où avez-vous effectué le test ?</p> <p>INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ, LE CENTRE DE CDV OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> CENTRE HOSPITALIER II (CHD II) 11 CENTRE HOSPITALIER I (CHD I) 12 CENTRE DE SANTÉ DE BASE II ... 13 CENTRE DE SANTÉ DE BASE I ... 14  AUTRE PUBLIC ..... 15 (PRÉCISER) <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... 22 PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS ..... 23 MÉDECIN PRIVÉ ..... 24 CENTRE PF/FISA ..... 25 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ..... 26 (PRÉCISER)  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)																	
920	Avez-vous effectué un autre test du sida depuis que vous avez été testée pendant votre grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 923																
921	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois ?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS ..... 1 ENTRE 12 ET 23 MOIS ..... 2 IL Y A 2 ANS OU PLUS ..... 3	→ 929																
922	Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 927																
923	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois ?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS ..... 1 ENTRE 12 ET 23 MOIS ..... 2 IL Y A 2 ANS OU PLUS ..... 3																	
924	La dernière fois que vous avez effectué le test, aviez-vous demandé vous-même à le faire, vous l'a-t-on proposé et vous avez accepté ou bien était-il obligatoire ?	TEST DEMANDÉ ..... 1 TEST PROPOSÉ ET ACCEPTÉ ..... 2 TEST OBLIGATOIRE ..... 3																	
925	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous obtenu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
926	<p>Où avez-vous effectué le test ?</p> <p>INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ, LE CENTRE DE CDV OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>CENTRE HOSPITALIER II (CHD II) 11</p> <p>CENTRE HOSPITALIER I (CHD I) 12</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE II ... 13</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE I ... 14</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ 15</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... 22</p> <p>PHARMACIE/DÉPÔT DE</p> <p>MÉDICAMENTS ..... 23</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... 24</p> <p>CENTRE PF/FISA ..... 25</p> <p>AUTRE MÉDICAL</p> <p>PRIVÉ _____ 26</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p>→ 929</p>
927	<p>Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour effectuer le test du virus qui cause le sida ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>→ 929</p>
928	<p>Où est-ce ?</p> <p>Y a-t-il un autre endroit ?</p> <p>INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ, LE CENTRE DE CDV OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>CENTRE HOSPITALIER II (CHD II) A</p> <p>CENTRE HOSPITALIER I (CHD I) B</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE II ... C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE I ... D</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ E</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... F</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... G</p> <p>PHARMACIE/DÉPÔT DE</p> <p>MÉDICAMENTS ..... H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... I</p> <p>CENTRE PF/FISA ..... J</p> <p>AUTRE MÉDICAL</p> <p>PRIVÉ _____ K</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
929	<p>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 ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
930	<p>Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non ?</p>	<p>OUI, RESTE SECRET ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8</p>	
931	<p>Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, seriez vous prête à prendre soin de lui/elle dans votre propre ménage ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8</p>	
932	<p>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 ?</p>	<p>AUTORISÉE À ENSEIGNER ..... 1</p> <p>PAS AUTORISÉE À ENSEIGNER ..... 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8</p>	
940	<p>Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation du condom pour éviter de contracter le sida ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
941	Est-ce qu'on devrait enseigner aux enfants de 12-14 ans d'attendre jusqu'au mariage pour avoir des rapports sexuels pour éviter de contracter le sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8	
942	VÉRIFIER 901 :  A ENTENDU <input type="checkbox"/> PARLER DU SIDA ↓  Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui se transmettent par contact sexuel ?  N'A PAS ENTENDU <input type="checkbox"/> PARLER DU SIDA ↓  Avez-vous entendu parler d'infections qui se transmettent par contact sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 942C
942A	Chez un homme, quels sont les signes ou symptômes qui vous feront penser qu'il a une infection sexuellement transmissible ?  INSITER : Aucun autre ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	DOULEUR ABDOMINALE ..... A ÉCOULEMENT GÉNITAL ..... B ÉCOULEMENT MALODORANT ..... C BRÛLURE EN URINANT ..... D ROUGEUR/INFLAMMATION DANS PARTIE GÉNITALE ..... E GONFLEMENT DES ZONE GÉNIT... F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL ..... G VERRUES GÉNITALES ..... H DÉMANGEAISONS GÉNITALES ..... I SANG DANS LES URINES ..... J PERTE DE POIDS ..... K IMPUISSANCE ..... L  AUTRE ..... W (PRÉCISER)  AUTRE ..... X (PRÉCISER)  PAS DE SYMPTÔME ..... Y NE SAIT PAS ..... Z	
942B	Chez une femme, quels sont les signes ou symptômes qui vous feront penser qu'elle a une infection sexuellement transmissible ?  INSITER : Aucun autre ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	DOULEUR ABDOMINALE ..... A PERTES VAGINALES ..... B PERTES MALODORANTES ..... C BRÛLURE EN URINANT ..... D ROUGEUR/INFLAMMATION DANS PARTIE GÉNITALE ..... E GONFLEMENT DE LA ZONE GÉNIT... F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL ..... G VERRUES GÉNITALES ..... H DÉMANGEAISONS GÉNITALES ..... I SANG DANS LES URINES ..... J PERTE DE POIDS ..... K DIFFICULTÉ POUR TOMBER ENCEINTE/AVOIR UN ENFANT ..... L  AUTRE ..... W (PRÉCISER)  AUTRE ..... X (PRÉCISER)  PAS DE SYMPTÔME ..... Y NE SAIT PAS ..... Z	
942C	Avez-vous obtenu des condoms gratuitement au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE CONNAIT PAS LE CONDOM ..... 3	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À	
943	VÉRIFIER 618 : A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A PAS EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>		→ 951	
944	VÉRIFIER 942 : A ENTENDU PARLER D'AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 946	
945	J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
946	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		
947	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		
948	VÉRIFIER 945, 946, ET 947 : A EU UNE INFECTION (AU MOINS UN 'OUI') <input type="checkbox"/> N'A PAS EU D'INFECTION OU NE SAIT PAS <input type="checkbox"/>		→ 951	
949	La dernière fois que vous avez eu (PROBLÈME MENTIONNÉ À 945/946/947), avez-vous recherché un conseil ou un traitement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 951	
950	Où êtes-vous allée ? Un autre endroit ? INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ, LE CENTRE DE CDV OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> CENTRE HOSPITALIER II (CHD II) A CENTRE HOSPITALIER I (CHD I) B CENTRE DE SANTÉ DE BASE II ... C CENTRE DE SANTÉ DE BASE I ... D  AUTRE PUBLIC _____ E (PRÉCISER) <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... F CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... G PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS ..... H MÉDECIN PRIVÉ ..... I CENTRE PF/FISA ..... J TOP RÉSEAU ..... K AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ L (PRÉCISER) <b>AUTRE SOURCE</b> AGENT VBC ..... M BOUTIQUE ..... N KIOSQUE ..... O ÉGLISE ..... P GUÉRISSEUR TRAD. .... Q PARENTS/AMIS ..... R AUTRE _____ X (PRÉCISER)		
951	Les maris et les femmes ne sont pas toujours d'accord sur tout. 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 refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
952	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 d'utiliser un condom pendant les rapports sexuels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
953	Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari parce qu'elle est fatiguée ou pas d'humeur à ça ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
954	Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari parce qu'elle sait qu'il a des relations sexuelles avec une femme autre que ses épouses ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
955	VÉRIFIER 601 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/> VIVANT AVEC UN PARTENAIRE <input type="checkbox"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/> → 1001		
956	Pouvez-vous refuser d'avoir des rapports sexuels avec votre mari/partenaire quand vous ne souhaitez pas en avoir ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ÇA DÉPEND/PAS SÛRE ..... 8	
957	Pourriez-vous demander à votre mari/partenaire d'utiliser un condom si vous vouliez qu'il en utilise un ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ÇA DÉPEND/PAS SÛRE ..... 8	

## SECTION 10. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
1001	Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée tuberculose ou TB ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1005
1002	Comment la tuberculose se transmet-elle d'une personne à une autre ?  INSISTER : d'autres moyens ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PAR L'AIR QUAND ON TOUSSE OU QUAND ON ÉTERNUE ..... A EN PARTAGEANT DES USTENSILES ..... B PAR CONTACT QUAND ON TOUCHE UNE PERSONNE AVEC TB ..... C PAR LA NOURRITURE ..... D PAR CONTACT SEXUEL ..... E PAR PIQÛRE DE MOUSTIQUES ..... F  AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z	
1003	Peut-on guérir la tuberculose ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1004	Si un membre de votre famille contractait la tuberculose, souhaiteriez-vous que cela reste secret ou non ?	OUI, RESTE SECRET ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8	
1005	Je voudrais maintenant vous poser d'autres questions concernant des problèmes de santé. Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on fait une injection pour une raison quelconque ?  SI OUI : Combien d'injections avez-vous eues ?  SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST SUPÉRIEUR À 90, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTRER '90'  EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/>  AUCUNE ..... 00	→ 1009
1006	Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou par un autre agent de santé ?  SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST SUPÉRIEUR À 90, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTRER '90'  EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/>  AUCUNE ..... 00	→ 1009

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																											
1007	<p>La dernière fois que vous avez eu une injection effectuée par un agent de santé, où êtes-vous allée pour avoir l'injection ?</p> <p>INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ, LE CENTRE DE CDV OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT</p> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>CENTRE HOSPITALIER II (CHD II) 11  CENTRE HOSPITALIER I (CHD I) 12  CENTRE DE SANTÉ DE BASE II ... 13  CENTRE DE SANTÉ DE BASE I ... 14</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ 16  (PRÉCISER)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21  CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... 22  PHARMACIE/DÉPÔT DE  MÉDICAMENTS ..... 23  MÉDECIN PRIVÉ ..... 24  CABINET/CLINIQUE DENTAIRE ... 25  AUTRE MÉDICAL  PRIVÉ _____ 26  (PRÉCISER)</p> <p><b>AUTRE ENDROIT</b></p> <p>À DOMICILE ..... 31</p> <p>AUTRE _____ 96  (PRÉCISER)</p>																												
1008	Est-ce que la personne qui vous a fait l'injection a pris la la seringue et l'aiguille d'un paquet neuf et qui n'était pas ouvert ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																												
1009	Fumez-vous actuellement des cigarettes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1011																											
1010	Au cours des dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumées ?	CIGARETTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>																												
1011	Actuellement, est-ce que vous fumez ou est-ce que vous utilisez un autre type de tabac ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1013																											
1012	<p>Quel (autre) type de tabac fumez-vous ou utilisez-vous actuellement ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	PIPE ..... A TABAC À MÂCHER ..... B TABAC À PRISER ..... C AUTRE _____ X (PRÉCISER)																												
1013	<p>Il peut arriver que pour différentes raisons, les femmes ne puissent pas obtenir un avis médical ou se faire soigner. Quand vous êtes malade et que vous voulez un avis médical ou un traitement, est-ce que les raisons suivantes constituent pour vous un problème important ou non ?</p> <p>Obtenir la permission d'y aller ?</p> <p>Obtenir l'argent nécessaire pour le traitement ?</p> <p>La distance pour atteindre l'établissement de santé ?</p> <p>Devoir prendre un transport ?</p> <p>Ne pas vouloir y aller seule ?</p> <p>Inquiète qu'il n'y ait pas de personnel de santé féminin ?</p> <p>Inquiète qu'il n'y ait pas de personnel de santé ?</p> <p>Inquiète qu'il n'y ait pas de médicaments disponibles ?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>PROBLÈME IMPORTANT</th> <th>PAS PROBLÈME IMPORTANT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PERMISSION D'ALLER</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OBTENIR ARGENT</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>DISTANCE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PRENDRE TRANSPORT</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ALLER SEULE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SEXE FEMININ</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PAS DE PERSONNEL</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PAS DE MÉDICAMENTS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		PROBLÈME IMPORTANT	PAS PROBLÈME IMPORTANT	PERMISSION D'ALLER	1	2	OBTENIR ARGENT	1	2	DISTANCE	1	2	PRENDRE TRANSPORT	1	2	ALLER SEULE	1	2	SEXE FEMININ	1	2	PAS DE PERSONNEL	1	2	PAS DE MÉDICAMENTS	1	2	
	PROBLÈME IMPORTANT	PAS PROBLÈME IMPORTANT																												
PERMISSION D'ALLER	1	2																												
OBTENIR ARGENT	1	2																												
DISTANCE	1	2																												
PRENDRE TRANSPORT	1	2																												
ALLER SEULE	1	2																												
SEXE FEMININ	1	2																												
PAS DE PERSONNEL	1	2																												
PAS DE MÉDICAMENTS	1	2																												

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
1014	Avez-vous une assurance médicale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1101A
1015	Quel type d'assurance médicale ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	ASSURANCE MUTUELLE/ ASSURANCE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ..... A ASSURANCE SANTÉ PAR L'EMPLOYEUR ..... B SÉCURITÉ SOCIALE ..... C AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE ..... D AUTRE _____ X (PRÉCISER)	

**SECTION 11. MORTALITÉ MATERNELLE**

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1101A	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos frères et sœurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère biologique.  Est-ce que votre mère a donné naissance à des enfants, en plus de vous-même ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1101H
1101B	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont encore en vie ?	GARÇONS VIVANTS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1101C	En dehors de vous, combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont encore en vie ?	FILLES VIVANTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1101D	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont décédés ?	GARÇONS DÉCÉDÉS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1101E	Combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont décédées ?	FILLES DÉCÉDÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1101F	Est-ce que votre mère a donné naissance à d'autres enfants dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1101H
1101G	Combien d'autres enfants votre mère a-t-elle eus dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés ?	AUTRES ENFANTS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1101H	ADDITIONNER LES RÉPONSES À 1101B, C, D, E, ET G, AJOUTER 1 (L'ENQUÊTÉE) ET NOTER LE TOTAL.	TOTAL ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1101I	VÉRIFIER 1101H :  Juste pour être sûre que j'ai bien compris, y compris vous-même, votre mère a donné naissance à _____ enfants en tout. Est-ce bien exact ?  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> →  INSISTER ET CORRIGER 1101A - 1101H COMME IL SE DOIT.		
1102	VÉRIFIER 1101H :  DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/> UNE NAISSANCE SEULEMENT (ENQUÊTÉE SEULE) <input type="checkbox"/> → 1114		
1103	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance ?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

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

1104	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le/la plus âgé(e) (ou suivant) ?	[1] _____	[2] _____	[3] _____	[4] _____	[5] _____	[6] _____
1105	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2					
1106	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1108 NSP .... 8 ALLER À [2]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1108 NSP .... 8 ALLER À [3]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1108 NSP .... 8 ALLER À [4]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1108 NSP .... 8 ALLER À [5]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1108 NSP .... 8 ALLER À [6]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1108 NSP .... 8 ALLER À [7]
1107	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7]
1108	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>					
1109	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ?  SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant l'âge de douze ans ?  SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ?	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [7]
1110	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 1113 NON... 2					
1111	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 1113 NON... 2					
1112	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	OUI ... 1 NON... 2					
1113	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7]
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SŒUR, ALLER À 1114							

1104	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le/la plus âgé(e) (ou suivant) ?	[7] _____	[8] _____	[9] _____	[10] _____	[11] _____	[12] _____	
1105	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	
1106	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1108 NSP .... 8 ALLER À [8]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1108 NSP .... 8 ALLER À [9]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1108 NSP .... 8 ALLER À [10]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1108 NSP .... 8 ALLER À [11]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1108 NSP .... 8 ALLER À [12]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1108 NSP .... 8 ALLER À [13]	
1107	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> ALLER À [13]	
1108	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
1109	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ?  SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant l'âge de douze ans ?  SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ?	<input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [8]	<input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [9]	<input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [10]	<input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [11]	<input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [12]	<input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [13]	
1110	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1113	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1113	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1113	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1113	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1113	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1113	
1111	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1113	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1113	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1113	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1113	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1113	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1113	
1112	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	
1113	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	<input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> ALLER À [13]	
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SŒUR, ALLER À 1114								
1114	ENREGISTRER L'HEURE.					HEURE .....	<input type="text"/>	
						MINUTES .....	<input type="text"/>	

INSTRUCTIONS :  
 UN SEUL CODE DOIT FIGURER DANS CHAQUE CASE.  
 TOUS LES MOIS DOIVENT ÊTRE REMPLIS.

CODES À UTILISER.

NAISSANCES, GROSSESSES, UTILISATION DE LA CONTRACEPTION

- N NAISSANCES
- G GROSSESSES
- F FIN DE GROSSESSE
  
- 0 PAS DE MÉTHODE
- 1 STÉRILISATION FÉMININE
- 2 STÉRILISATION MASCULINE
- 3 PILULE
- 4 DIU
- 5 INJECTIONS
- 6 IMPLANTS
- 7 CONDOM
- 8 CONDOM FÉMININ
- 9 DIAPHRAGME
- J MOUSSE/GELEE
- K METHODE DES JOURS FIXES/COLLIER
- L MAMA
- M ABSTINENCE PÉRIODIQUE
- N RETRAIT
- X AUTRE \_\_\_\_\_  
 (PRÉCISER)

08	AOÛT	05		
07	JUIL	06		
2 06	JUIN	07		2
0 05	MAI	08		0
0 04	AVR	09		0
9 03	MAR	10		9
02	FEV	11		
01	JAN	12		
<hr/>				
12	DEC	13		
11	NOV	14		
10	OCT	15		
09	SEP	16		
2 08	AOÛT	05		2
0 07	JUIL	06		0
0 06	JUIN	07		0
8 05	MAI	08		8
04	AVR	09		
03	MAR	10		
02	FEV	11		
01	JAN	12		
<hr/>				
12	DEC	13		
11	NOV	14		
10	OCT	15		
09	SEP	16		
2 08	AOÛT	17		2
0 07	JUIL	18		0
0 06	JUIN	19		0
7 05	MAI	20		7
04	AVR	21		
03	MAR	22		
02	FEV	23		
01	JAN	24		
<hr/>				
12	DEC	25		
11	NOV	26		
10	OCT	27		
09	SEP	28		
2 08	AOÛT	29		2
0 07	JUIL	30		0
0 06	JUIN	31		0
6 05	MAI	32		6
04	AVR	33		
03	MAR	34		
02	FEV	35		
01	JAN	36		
<hr/>				
12	DEC	37		
11	NOV	38		
10	OCT	39		
09	SEP	40		
2 08	AOÛT	41		2
0 07	JUIL	42		0
0 06	JUIN	43		0
5 05	MAI	44		5
04	AVR	45		
03	MAR	46		
02	FEV	47		
01	JAN	48		
<hr/>				
12	DEC	49		
11	NOV	50		
10	OCT	51		
09	SEP	52		
2 08	AOÛT	53		2
0 07	JUIL	54		0
0 06	JUIN	55		0
4 05	MAI	56		4
04	AVR	57		
03	MAR	58		
02	FEV	59		
01	JAN	60		
<hr/>				
12	DEC	61		
11	NOV	62		
10	OCT	63		
09	SEP	64		
2 08	AOÛT	65		2
0 07	JUIL	66		0
0 06	JUIN	67		0
3 05	MAI	68		3
04	AVR	69		
03	MAR	70		
02	FEV	71		
01	JAN	72		

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES CONCERNANT L'ENQUÊTÉE

---

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES

---

---

---

---

---

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---

---

---

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

OBSERVATION DE LA CONTRÔLEUSE

---

---

---

---

---

NOM DE LA CONTRÔLEUSE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_