

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ  
 QUESTIONNAIRE STANDARD MÉNAGE

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
 INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

IDENTIFICATION																			
NOM DE LA LOCALITÉ/GRAPPE _____																			
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																			
NUMÉRO DE GRAPPE .....				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>															
NUMÉRO DU MÉNAGE .....				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>															
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ? (1=OUI, 2=NON) .....																			
VISITES D'ENQUÊTEURS																			
	1	2	3	VISITE FINALE															
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>															
NOM DE L'ENQUÊTEUR/ ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>															
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	ANNÉE N° ENQUÊT <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>															
PROCHAIN DATE VISITE	_____	_____		RÉSULTAT* <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>															
HEURE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>															
*CODES RÉSULTAT :				TOTAL DE PERSONNES DANS LE MÉNAGE <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>															
1 REMPLI				TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>															
2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT À LA MAISON, AU MOMENT DE LA VISITE				TOTAL D'HOMMES ÉLIGIBLES <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>															
3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE				N° DE LIGNE DE L'ENQUÊTÉ POUR LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>															
4 DIFFÉRÉ																			
5 REFUSÉ																			
6 LOGEMENT VACANT OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE																			
7 LOGEMENT DÉTRUIT																			
8 LOGEMENT NON TROUVÉ																			
9 AUTRE _____ (PRÉCISEZ)																			
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;">0</table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;">1</table>	LANGUE DE L'INTERVIEW**	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>	LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ**	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>	INTERPRÈTE (OUI = 1, NON = 2)	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>												
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<b>FRANÇAIS</b>			**CODES LANGUES :															
				01 FRANÇAIS	03 LINGALA	05 TSHILUBA													
				02 KIKONGO	04 SWAHILI														
ÉQUIPE	CHEF D'ÉQUIPE			SUPERVISEUR CAPI															
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> NUMÉRO					NOM _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> NUMÉRO					NOM _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> NUMÉRO							

## PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_ . Je travaille pour l'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE. Nous effectuons une étude nationale sur la santé et sur d'autres sujets partout en REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO. Les informations que nous collectons aideront le gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette étude. Nous voudrions vous poser quelques questions sur votre ménage. Les questions prennent habituellement entre 30 et 40 minutes. Toutes les informations que vous nous donnez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autres que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligé de participer à cette enquête, mais nous espérons que vous accepterez de répondre à nos questions car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ou vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment. Si vous souhaitez plus d'informations sur l'enquête, vous pouvez contacter les responsables de l'étude.

DONNEZ LA CARTE AVEC LES INFORMATIONS POUR CONTACTER CES PERSONNES

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

SIGNATURE DE L'ENQUÊTEUR \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_

L'ENQUÊTÉ ACCEPTE  
D'ÊTRE INTERVIEWÉ ... 1



L'ENQUÊTÉ REFUSE  
D'ÊTRE INTERVIEWÉ ... 2 → FIN

100	NOTEZ L'HEURE.	HEURES ..... <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><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>				
		MINUTES ..... <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><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>				

CETTE PAGE EST LAISSÉE BLANCHE INTENTIONNELLEMENT

TABLEAU MÉNAGE

N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	SI 12 ANS OU PLUS	ÉLIGIBILITÉ		
				ÉTAT MATRIMONIAL	9		10	11		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	S'il vous plaît, donnez-moi les noms des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage. APRÈS AVOIR LISTÉ LES NOMS ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ, LE SEXE, LA RÉSIDENCE ET L'ÂGE POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LES QUESTIONS 2A-2C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE EST COMPLÈTE. POSEZ ENSUITE LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COLONNES 8-20 POUR CHAQUE PERSONNE.	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ?  VOIR CODES CI-DESSOUS.	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	(NOM) vit-il/elle ici habituellement ?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?	Quel âge a eu (NOM) à son dernier anniversaire?  SI 95 OU PLUS, NOTEZ '95'.	Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM) ?  1 = MARIÉ OU VIVANT ENSEMBLE 2 = DIVORCÉ/ SÉPARÉ 3 = VEUF 4 = JAMAIS MARIÉ ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC QUELQU'UN	ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS	<b>SI MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR ENQUÊTE HOMME</b>  ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES HOMMES DE 15-59 ANS	ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES ENFANTS DE 0-5 ANS
01		<input type="text"/>	M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	EN ANNÉES <input type="text"/>	<input type="text"/>	01	01	01
02		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	02	02	02
03		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	03	03	03
04		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	04	04	04
05		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	05	05	05
06		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	06	06	06
07		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	07	07	07
08		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	08	08	08
09		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	09	09	09
10		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	10	10	10

7A) Juste pour être sûr que j'ai une liste complète : y a-t-il d'autres personnes comme des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas listés ? OUI  → AJOUTEZ AU TABLEAU NON

7B) Y a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille, comme des domestiques, locataires ou amis qui vivent habituellement ici ? OUI  → AJOUTEZ AU TABLEAU NON

7C) Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont dormi ici la nuit dernière et qui n'ont pas été listés ? OUI  → AJOUTEZ AU TABLEAU NON

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

- |                            |   |
|----------------------------|---|
| 01 = CHEF DE MÉNAGE        | 07 = BEAU-PARENT                              |
| 02 = FEMME OU MARI         | 08 = FRÈRE OU SOEUR                           |
| 03 = FILS OU FILLE         | 09 = AUTRE LIEN DE PARENTÉ DU CHEF DE MENAGE  |
| 04 = GENDRE OU BELLE-FILLE | 10 = ADOPTÉ /EN GARDE/ ENFANT DE FEMME/MARI   |
| 05 = PETIT FILS/FILLE      | 11 = SANS PARENTÉ                             |
| 06 = PÈRE/MÈRE             | 12 = AUTRE LIEN DE PARENTÉ DU CM PAR ALLIANCE |
|                            | 13 = CO-EPOUSE                                |
|                            | 98 = NE SAIT PAS                              |

**TABLEAU MÉNAGE**

N° LIGNE	SI 0-17 ANS				SI 3 ANS OU PLUS				
	ÉTAT DE SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES				A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE				
	12	13	14	15	16	17a	17b	17c	17d
	La mère biologique de (NOM) est-elle en vie ?	La mère biologique de (NOM) vit-elle habituellement dans ce ménage ou était-elle en visite ici la nuit dernière ?  SI OUI : Quel est son nom ?  NOTEZ LE N° DE LIGNE DE LA MÈRE.  SI NON, NOTEZ '00'.	Le père biologique de (NOM) est-il en vie ?	Le père biologique de (NOM) vit-il habituellement dans ce ménage ou était-il en visite ici la nuit dernière ?  SI OUI : Quel est son nom ?  NOTEZ LE N° DE LIGNE DU PÈRE.  SI NON, NOTEZ '00'.	Est-ce que (NOM) a déjà fréquenté l'école ou a-t-il suivi un programme éducatif préscolaire ?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint ?  VOIR CODES CI-DESSOUS.	Quelle est la classe la plus élevée que (NOM) a achevée avec succès à ce niveau ?	Est-ce que (NOM) a déjà suivi un programme d'éducation non formelle ?	Quel est le nom du programme d'éducation non formelle que (NOM) a suivi ?
01	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 17c	NIVEAU <input type="text"/>	CLASSE <input type="text"/>	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	1. Alphabétisation 2. Rattrapage scolaire 3. Apprentissage professionnelle
02	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 17c	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	_____
03	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 17c	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	_____
04	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 17c	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	_____
05	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 17c	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	_____
06	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 17c	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	_____
07	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 17c	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	_____
08	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 17c	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	_____
09	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 17c	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	_____
10	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 17c	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	_____

**CODES POUR Qs. 17 ET 19 : NIVEAU D'INSTRUCTION**

**NIVEAU**  
 0 = PROGRAMME ÉDUCATIF  
 1 = PRIMAIRE  
 2 = SECONDAIRE  
 3 = SUPÉRIEUR  
 8 = NE SAIT PAS

**CLASSE**  
 00 = MOINS D'1 ANNÉE ACHÉVÉE  
 (UTILISEZ '00' POUR Q. 17 SEULEMENT.  
 CE CODE N'EST PAS AUTORISÉ  
 POUR Q. 19.)  
 98 = NE SAIT PAS

TABLEAU MÉNAGE

SI 3-24 ANS		SI 0-4 ANS							
FRÉQUENTATION SCOLAIRE ACTUELLE/RÉCENTE		ENREGISTREMENT DES NAISSANCES		HOSPITALISATION		SOINS AMBULATOIRES			VACCINATION COVID-19
18	19	20	20a	21	22	23	24	25	26
Est-ce que (NOM) est allé à l'école ou a suivi un programme éducatif préscolaire à un moment au cours de l'année scolaire 2023-2024?	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et en quelle classe est/était (NOM) ?  VOIR CODES CI-DESSOUS.	(NOM) a-t-il/elle un acte de naissance ?	La naissance de (NOM) a-t-elle été enregistrée à l'état civil ?	Au cours des six derniers mois, est-ce que (NOM) a passé la nuit dans un établissement de soins ?	ENCERCLE Z LE NUMERO DE LIGNE DU MEMBRE DE MENAGE ELIGIBLE AU MODULE HOSPITALISATION  VERIFIEZ COLONNE 21: CODE '1' 'OUI' ENCERCLE	Dans les quatre dernières semaines, est-ce que (NOM) a reçu des soins d'un prestataire de santé, dans une pharmacie ou d'un praticien traditionnel sans passer la nuit dans un établissement de soins ?	La dernière fois que (NOM) a reçu des soins, au cours des quatre dernières semaines, est-ce que de l'argent a été dépensé ?	ENCERCLE Z LE NUMERO DE LIGNE DU MEMBRE DE MENAGE ELIGIBLE AU MODULE SOINS AMBULATOIRES  VERIFIEZ COLONNE 24: CODE '1' 'OUI' ENCERCLE	Est ce que (NOM) a été vacciné contre le COVID-19?
O N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 21	O N NSP 1 2 8	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ A Q23	01	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ A Q26	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ A	01	O N NSP 1 2 8
1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 21	1 2 8	1 2 8 ↓ ALLEZ A Q23	02	1 2 8 ↓ ALLEZ A Q26	1 2 8 ↓ ALLEZ A	02	O N NSP 1 2 8
1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 21	1 2 8	1 2 8 ↓ ALLEZ A Q23	03	1 2 8 ↓ ALLEZ A Q26	1 2 8 ↓ ALLEZ A	03	O N NSP 1 2 8
1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 21	1 2 8	1 2 8 ↓ ALLEZ A Q23	04	1 2 8 ↓ ALLEZ A Q26	1 2 8 ↓ ALLEZ A	04	O N NSP 1 2 8
1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 21	1 2 8	1 2 8 ↓ ALLEZ A Q23	05	1 2 8 ↓ ALLEZ A Q26	1 2 8 ↓ ALLEZ A	05	O N NSP 1 2 8
1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 21	1 2 8	1 2 8 ↓ ALLEZ A Q23	06	1 2 8 ↓ ALLEZ A Q26	1 2 8 ↓ ALLEZ A	06	O N NSP 1 2 8
1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 21	1 2 8	1 2 8 ↓ ALLEZ A Q23	07	1 2 8 ↓ ALLEZ A Q26	1 2 8 ↓ ALLEZ A	07	O N NSP 1 2 8
1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 21	1 2 8	1 2 8 ↓ ALLEZ A Q23	08	1 2 8 ↓ ALLEZ A Q26	1 2 8 ↓ ALLEZ A	08	O N NSP 1 2 8
1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 21	1 2 8	1 2 8 ↓ ALLEZ A Q23	09	1 2 8 ↓ ALLEZ A Q26	1 2 8 ↓ ALLEZ A	09	O N NSP 1 2 8
1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 21	1 2 8	1 2 8 ↓ ALLEZ A Q23	10	1 2 8 ↓ ALLEZ A Q26	1 2 8 ↓ ALLEZ A	10	O N NSP 1 2 8



**CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
105	<p>Qui habituellement va à la source d'approvisionnement pour prendre l'eau pour le ménage ?</p> <p>ENREGISTREZ LE NOM DE LA PERSONNE ET LE NUMÉRO DE LIGNE À PARTIR DU TABLEAU MÉNAGE. SI LA PERSONNE N'EST PAS LISTÉE DANS LE TABLEAU MÉNAGE, INSCRIVEZ '00'.</p>	<p>NOM _____</p> <p>NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
106	<p>Au cours du mois dernier, est-ce qu'il est arrivé que votre ménage n'ait pas eu suffisamment d'eau pour boire quand vous en aviez besoin ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
107	<p>Faites-vous quelque chose pour rendre l'eau plus saine à boire ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	→ 109
108	<p>Habituellement, que faites-vous pour rendre l'eau que vous buvez plus saine ?</p> <p>Quelque chose d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>LA FAIRE BOUILLIR ..... A</p> <p>AJOUTER EAU DE JAVEL/CHLORE ..... B</p> <p>LA FILTERER À TRAVERS UN LINGE ..... C</p> <p>UTILISER UN FILTRE (CÉRAMIQUE/SABLE/COMPOSITE/ETC) ..... D</p> <p>DÉSINFECTION SOLAIRE ..... E</p> <p>LA LAISSER REPOSER ..... F</p> <p>AJOUTER PASTILLE (AQUATAB,PUR, COMPRIME DE DAKIN, ETC) ..... G</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	
109	<p>Quel type de toilettes les membres de votre ménage utilisent-ils habituellement ?</p> <p>S'IL N'EST PAS POSSIBLE DE DÉTERMINER LE TYPE DE TOILETTES, DEMANDEZ LA PERMISSION DE VOIR L'INSTALLATION.</p>	<p><b>CHASSE D'EAU/CHASSE MANUELLE</b></p> <p>CHASSE D'EAU CONNECTÉE</p> <p>À UN SYSTÈME D'ÉGOUT ..... 11</p> <p>À UNE FOSSE SEPTIQUE ..... 12</p> <p>À UNE FOSSE D'AISANCES ..... 13</p> <p>À QUELQUE CHOSE D'AUTRE ..... 14</p> <p>À NE SAIT PAS OÙ ..... 15</p> <p><b>FOSSE D'AISANCES</b></p> <p>FOSSE D'AISANCES AMÉLIORÉE AUTO-AÉRÉE ..... 21</p> <p>FOSSE D'AISANCES AVEC DALLE ..... 22</p> <p>FOSSE D'AISANCES SANS DALLE TROU OUVERT ..... 23</p> <p>TOILETTES À COMPOSTAGE ..... 31</p> <p>SEAU/TINETTE ..... 41</p> <p>TOILETTES/LATRINES SUSPENDUES ..... 51</p> <p>PAS DE TOILETTES/NATURE ..... 61</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>	→ 117
110	<p>Partagez-vous ces toilettes avec d'autres ménages ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 112
111	<p>En comptant votre propre ménage, combien de ménages utilisent ces toilettes ?</p>	<p>NOMBRE DE MÉNAGES SI MOINS DE 10 ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>10 MÉNAGES OU PLUS ..... 95</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	
112	<p>Où se trouvent ces toilettes ?</p>	<p>DANS VOTRE LOGEMENT ..... 1</p> <p>DANS VOTRE COUR/PARCELLE ..... 2</p> <p>AILLEURS ..... 3</p>	

**CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
113	VÉRIFIEZ 109 : CODES 12, 13, 21, <input type="checkbox"/> 22, 23, OU 31 ENCERCLÉ ↓	AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 117
114	Est-ce que (votre/vos) (fosse septique /fosse /toilettes à compostage) (a/ont) déjà été vidée(s) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 117
115	La dernière fois que (votre/vos) (fosse septique /fosse /toilettes à compostage) (a/ont) été vidée(s), est-ce que cela a été fait par un professionnel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
116	Où le contenu a-t-il été vidé ?	USINE DE TRAITEMENT ..... 1 ENTERRÉ DANS UNE FOSSE COUVERTE .. 2 FOSSE À DECOUVERT/FORÊT/CHAMPS / TERRAIN VAGUE ..... 3 EAU DE SURFACE (RIVIÈRE/BARRAGE/ LAC/MARE/FLEUVE CANAL/ CANAL D'IRRIGATION ..... 4  AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)  NE SAIT PAS ..... 8	
117	Dans ce ménage, quel type de cuisinière est habituellement utilisée pour la cuisine ?	CUISINIÈRE ÉLECTRIQUE ..... 01 FOUR SOLAIRE ..... 02 CUISINIÈRE À GAZ PROPANE LIQUÉFIÉ (GPL) CUISINIÈRE À GAZ ..... 03 CUISINIÈRE CONNECTÉE AU GAZ NATURE .. 04 CUISINIÈRE AU BIOGAZ ..... 05 CUISINIÈRE À COMBUSTIBLE LIQUIDE .... 06 CUISINIÈRE D'UN FABRICANT À COMBUSTIBLE SOLIDE ..... 07 CUISINIÈRE TRADITIONNELLE À COMBUSTIBLE SOLIDE ..... 08 FOYER À TROIS PIERRES/FOYER OUVERT .. 09  PAS DE CUISINIÈRE DANS LE MÉNAGE ..... 95  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	→ 121 → 120 → 120 → 123 → 120
118	Est-ce que la cuisinière a une cheminée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
120	Avec quel type de combustible ou d'énergie fonctionne cette cuisinière ?	ALCOOL/ÉTHANOL ..... 01 ESSENCE/DIESEL ..... 02 PARAFFINE/PÉTROLE ..... 03 CHARBON/LIGNITE ..... 04 CHARBON DE BOIS / BRAISE ..... 05 BOIS ..... 06 PAILLE/BRANCHAGES/HERBES ..... 07 PRODUITS AGRICOLES ..... 08 BOUSE D'ANIMAL/DÉCHETS ..... 09 COMBUSTIBLES BIOMASSE TRANSFORMÉS ( PELLETS) OU GRANULÉS DE BOIS ..... 10 ORDURES/PLASTIQUE ..... 11 SCIURE ..... 12  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	

**CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
121	Est-ce que la cuisine est faite habituellement dans la maison, dans un bâtiment séparé ou à l'extérieur ?	DANS LA MAISON ..... 1 DANS UN BÂTIMENT SÉPARÉ ..... 2 À L'EXTÉRIEUR ..... 3  AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	→ 123
122	Avez-vous une pièce séparée que vous utilisez comme cuisine ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
123	Dans ce ménage, qu'utilisez-vous pour chauffer la maison quand c'est nécessaire?  SI L'ENQUÊTÉ RÉPOND ÉLECTRICITÉ OU GAZ, DEMANDEZ: Dans quel type d'appareil chauffant (l'électricité/gas) est-il utilisé?	CHAUFFAGE CENTRAL ..... 01  RADIATEUR D'UN FABRICANT ..... 02 RADIATEUR TRADITIONNEL ..... 03 FOURNEAU D'UN FABRICANT ..... 04 FOURNEAU TRADITIONNEL ..... 05 FEU À TROIS PIERRES/FOYER OUVERT ..... 06  PAS DE RADIATEUR DANS LE MÉNAGE/ PAS BESOIN ..... 95  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	→ 125       → 125  → 126  → 125
124	Est-ce que l'appareil a une cheminée?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
125	Avec quel type de combustible ou d'énergie fonctionne cet appareil ?	ÉLECTRICITÉ ..... 01 CONNECTÉ AU GAZ NATUREL ..... 02 CHAUFFAGE SOLAIRE DE L'AIR ..... 03 GAZ PROPANE LIQUÉFIÉ (GPL)/ GAZ DE CUISINE ..... 04 BIOGAZ ..... 05 ALCOOL/ÉTHANOL ..... 06 ESSENCE/DIESEL ..... 07 PARAFFINE/PÉTROLE ..... 08 CHARBON/LIGNITE ..... 09 CHARBON DE BOIS ..... 10 BOIS ..... 11 PAILLE/BRANCHAGES/HERBES ..... 12 PRODUITS AGRICOLES ..... 13 BOUSE D'ANIMAL/DÉCHETS ..... 14 COMBUSTIBLES BIOMASSE TRANSFORMÉS ( PELLETS) OU GRANULÉS DE BOIS ..... 15 ORDURES/PLASTIQUE ..... 16 SCIURE ..... 17  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	

**CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
126	Dans ce ménage, quand il fait nuit, qu'est-ce que vous utilisez habituellement pour vous éclairer ?	ÉLECTRICITÉ ..... 01 LANTERNE SOLAIRE ..... 02 LAMPE DE POCHE, TORCHE OU LANTERNE RECHARGEABLE ..... 03 LAMPE DE POCHE, TORCHE OU LANTERNE À PILES ..... 04 LAMPE BIOGAZ ..... 05 LAMPE ESSENCE ..... 06 LAMPE KÉROSÈNE OU PARAFFINE ..... 07 CHARBON DE BOIS / BRAISE ..... 08 BOIS ..... 09 PAILLE/BRANCHAGES/HERBES ..... 10 PRODUITS AGRICOLES ..... 11 BOUSE D'ANIMAL/DÉCHETS ..... 12 LAMPE À HUILE ..... 13 BOUGIE ..... 14  PAS D'ÉCLAIRAGE DANS LE MÉNAGE .... 95  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
127	Dans ce ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ?	NOMBRE DE PIÈCES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
128	Est-ce que votre ménage possède du bétail, des troupeaux, d'autres animaux de ferme ou de la volaille ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 130
129	Parmi les animaux suivants, combien votre ménage en possède-t-il ?  SI AUCUN, NOTEZ '00'. SI 95 OU PLUS, NOTEZ '95'. SI NE SAIT PAS, NOTEZ '98'.	a) VACHES/TAUREAUX ..... <input type="text"/> <input type="text"/> b) AUTRE GROS BÉTAIL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> c) CHEVAUX/ÂNES/MULETS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> d) CHÈVRES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> e) MOUTONS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> f) POULES/AUTRE VOLAILLE .... <input type="text"/> <input type="text"/> g) COCHONS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> h) LAPINS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
130	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède des terres cultivables ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 132
131	Combien d'hectares de terres cultivables les membres du ménage possèdent-ils ?	HECTARES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>  95 HECTARES OU PLUS ..... 950 NE SAIT PAS ..... 998  SI 95 OU PLUS, ENCERCLEZ '950'.	

**CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
132	Dans ce ménage, avez-vous :	OUI      NON	
	a) L'électricité ?	a) ÉLECTRICITÉ ..... 1      2	
	b) Un poste radio ?	b) RADIO ..... 1      2	
	c) Une télévision ?	c) TÉLÉVISION ..... 1      2	
	d) Un téléphone fixe ?	d) TÉLÉPHONE FIXE ..... 1      2	
	e) Un ordinateur ?	e) ORDINATEUR ..... 1      2	
	f) Un réfrigérateur ?	f) RÉFRIGÉRATEUR ..... 1      2	
	g) Une lampe à pétrole ?	g) LAMPE A PETROL ..... 1      2	
	h) Une horloge ?	h) HORLOGE ..... 1      2	
	i) Un lit ?	i) LIT ..... 1      2	
	j) Une table ?	j) TABLE ..... 1      2	
	k) Une chaise ?	k) CHAISE ..... 1      2	
	l) Un canapé / fauteuil ?	l) CANAPE/FAUTEUI ..... 1      2	
	m) Une armoire ?	m) ARMOIRE ..... 1      2	
	n) Une machine à coudre ?	n) MACHINE A COUDRE ..... 1      2	
	o) Une parabole / Un décodeur ?	o) PARABOLE/DECODEUR ..... 1      2	
	p) Un panneau solaire ?	p) PANNEAU SOLAIRE ..... 1      2	
133	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède :	OUI      NON	
	a) Une montre ?	a) MONTRE ..... 1      2	
	b) Un téléphone portable ?	b) TÉLÉPHONE PORTABLE .... 1      2	
	c) Une bicyclette ?	c) BICYCLETTE ..... 1      2	
	d) Une motocyclette ou un scooter ?	d) MOTOCYCLETTE/SCOOTER .. 1      2	
	e) Une charrette tirée par un animal ?	e) CHARRETTE AVEC ANIMAL .. 1      2	
	f) Une voiture ou une camionnette ?	f) VOITURE/CAMIONNETTE .. 1      2	
	g) Un bateau à moteur ?	g) BATEAU À MOTEUR ..... 1      2	
	h) Une pirogue ou baleinière à moteur ?	h) PIROGUE OU BALEINIÈRE .. A MOTEUR ..... 1      2	
	i) Une pirogue à pagaie ?	i) PIROGUE A PAGAIE ..... 1      2	
	j) Un bus ou camion ?	j) BUS OU CAMION ..... 1      2	
	k) Un véhicule 4x4 ?	k) VEHICULE 4x4 ..... 1      2	
134	Est-ce qu'un membre de ce ménage possède un compte dans une banque ou dans une autre institution financière ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
135	Est-ce qu'un membre de ce ménage utilise un téléphone portable pour effectuer des transactions financières comme envoyer ou recevoir de l'argent, payer des factures, acheter des biens ou services ou recevoir un salaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
136	Est-ce qu'il arrive que quelqu'un fume dans votre maison ? Diriez-vous que cela arrive tous les jours, une fois par semaine, une fois par mois, moins d'une fois par mois ou jamais ?	TOUS LES JOURS ..... 1 UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 UNE FOIS PAR MOIS ..... 3 MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS ..... 4 JAMAIS ..... 5	
137	Est-ce que votre ménage possède des moustiquaires ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 149
138	Combien de moustiquaires votre ménage possède-t-il ?  SI SEPT MOUSTIQUAIRES OU PLUS, NOTEZ '7'.	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES ..... <input type="text"/>	

MOUSTIQUAIRES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER TOUTES LES MOUSTIQUAIRES DU MÉNAGE. OBSERVEZ ET POSEZ LES QUESTIONS À PROPOS DE CHAQUE MOUSTIQUAIRE, UNE PAR UNE.		
139	ATTRIBUEZ À CHAQUE MOUSTIQUAIRE UN NUMÉRO SÉQUENTIEL ET INSCRIVEZ LE	NUMÉRO DE MOUSTIQUAIRE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
140	CETTE MOUSTIQUAIRE A-T-ELLE ÉTÉ OBSERVÉE ?	OBSERVÉE ..... 1 NON OBSERVÉE ..... 2	
141	Cela fait combien de mois que votre ménage possède la moustiquaire ?  SI MOINS D'UN MOIS, NOTEZ '00'.	IL Y A MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  PLUS DE 36 MOIS ..... 95 PAS SÛR ..... 98	
142	OBSERVEZ OU DEMANDEZ LA MARQUE/TYPE DE LA MOUSTIQUAIRE.  SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE ET SI VOUS NE POUVEZ PAS VOIR LA MOUSTIQUAIRE, MONTREZ À L'ENQUÊTÉ DES PHOTOS DE MARQUES ET DE TYPES COURANTS DE MOUSTIQUAIRE.	<b>MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE À LONGUE DURÉE D'ACTION (MIILDA)</b> PERMANET (SERENA) ..... 11 OLYSET ..... 12 NET PROTECT ..... 13 DURANET ..... 14 INTERCEPTOR ..... 15 DAWA PLUS ..... 17 MAGNET ..... 19 AUTRE/NE CONNAÎT PAS LA MARQUE (MIILDA) ..... 16  AUTRE TYPE (PAS MIILDA) ..... 96 NE CONNAÎT PAS LE TYPE ..... 98	
143	Avez-vous obtenu la moustiquaire à l'occasion d'une campagne de distribution des moustiquaires, durant une visite prénatale ou au cours d'une visite pour une vaccination ?	OUI, CAMPAGNE DE DISTRIBUTION DES MOUSTIQUAIRES ..... 1 OUI, PRÉNATALE ..... 2 OUI, VISITE POUR VACCINATION ..... 3  NON ..... 4	→ 145
144	Où avez-vous obtenu la moustiquaire ?	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ DU GOV. .... 01 ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PRIVÉ ..... 02 PHARMACIE ..... 03 BOUTIQUE/MARCHÉ ..... 04 AGENT SANTÉ COMMUNAUTAIRE ..... 05 INSTITUTION RELIGIEUSE ..... 06 ÉCOLE ..... 07 AUTRE ..... 96 NE SAIT PAS ..... 98	
145	Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous cette moustiquaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛR ..... 8	→ 147 → 148

MOUSTIQUAIRES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
146	Qui a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ?  INSCRIVEZ LE NOM DE LA PERSONNE ET SON NUMÉRO DE LIGNE DU TABLEAU MÉNAGE.	NOM _____ N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ----- NOM _____ N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ----- NOM _____ N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ----- NOM _____ N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 148
147	Pour quelle raison principale, cette moustiquaire n'a-t-elle pas été utilisée la nuit dernière ?	TROP CHAUD ..... 01 N'AIME PAS LA FORME.COULEUR/TAILLE DE LA MOUSTIQUAIRE ..... 02 N'AIME PAS L'ODEUR ..... 03 INCAPABLE DE LA SUSPENDRE ..... 04 A DORMI DEHORS ..... 05 L'UTILISATEUR HABITUEL N'A PAS DORMI ICI LA NUIT DERNIÈRE ..... 06 PAS DE MOUSTIQUES/PAS DE PALUDISME .. 07 MOUSTIQUAIRE SUPPLÉMENTAIRE/GARDÉE POUR PLUS TARD ..... 08 SE SENT ETOUFFE ..... 09  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
148	RETOURNEZ À 139 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE ; S'IL N'Y A PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ À 149.		

AUTRES CARACTÉRISTIQUES DU LOGEMENT

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
149	Nous voudrions connaître l'endroit utilisé par les membres du ménage pour se laver les mains. Pouvez-vous me montrer, s'il vous plaît, où les membres du ménage se lavent les mains ?	OBSERVÉ, ENDROIT FIXE ..... 1 OBSERVÉ, NON FIXE ..... 2 NON OBSERVÉ, PAS DANS LOGEMENT /COUR/PARCELLE . 3 NON OBSERVÉ, PERMISSION DE VOIR NON OBTENUE .. 4 NON OBSERVÉ, AUTRE RAISON ..... 5	152
149A	OBSERVEZ LE DISPOSITIF UTILISÉ POUR SE LAVER LES MAINS.  NOTEZ L'OBSERVATION.	LAVE-MAINS ..... 1 ROBINET ..... 2 BASSIN/SEAU COMMUN ..... 3 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	
150	OBSERVEZ LA PRÉSENCE D'EAU À L'ENDROIT UTILISÉ POUR SE LAVER LES MAINS.  NOTEZ L'OBSERVATION.	EAU DISPONIBLE ..... 1 EAU NON DISPONIBLE ..... 2	
151	OBSERVEZ LA PRÉSENCE DE SAVON, DE DÉTERGENT OU D'AUTRES PRODUITS NETTOYANTS À L'ENDROIT UTILISÉ POUR SE LAVER LES MAINS  NOTEZ L'OBSERVATION.	SAVON OU DÉTERGENT (EN MORCEAU, LIQUIDE, POUDRE, PÂTE) . A CENDRE, BOUE, SABLE ..... B AUCUN ..... Y	
152	OBSERVEZ LE MATÉRIAU PRINCIPAL DU SOL DU LOGEMENT.  NOTEZ L'OBSERVATION	<b>MATÉRIAU NATUREL</b> TERRE/SABLE ..... 11 BOUSE ..... 12 <b>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</b> PLANCHES EN BOIS NON CIRÉ ..... 21 PALMES/BAMBOU ..... 22 <b>MATÉRIAU ÉLABORÉ</b> PARQUET OU BOIS CIRÉ ..... 31 BANDES DE VINYLE/ASPHALTE ..... 32 CARRELAGE ..... 33 CIMENT ..... 34 MOQUETTE ..... 35 AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
153	OBSERVEZ LE MATÉRIAU PRINCIPAL DU TOIT DU LOGEMENT.  NOTEZ L'OBSERVATION.	<b>MATÉRIAU NATUREL</b> PAS DE TOIT ..... 11 CHAUME/PALMES/FEUILLES ..... 12 MOTTES DE TERRE ..... 13 <b>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</b> NATTE ..... 21 PALMES/BAMBOU ..... 22 PLANCHES EN BOIS ..... 23 CARTON ..... 24 <b>MATÉRIAU ÉLABORÉ</b> TÔLE ..... 31 BOIS CIRÉ ..... 32 ZINC/FIBRE DE CIMENT ..... 33 TUILES ..... 34 CIMENT ..... 35 SHINGLES ..... 36 AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
154	OBSERVEZ LE MATÉRIAU PRINCIPAL DES MURS EXTÉRIEURS DU LOGEMENT.  NOTEZ L'OBSERVATION.	<b>MATÉRIAU NATUREL</b> PAS DE MUR ..... 11 BAMBOU/CANE/PALME/TRONC ..... 12 TERRE ..... 13 <b>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</b> BAMBOU/STICK AVEC BOUE ..... 21 PIERRES AVEC BOUE ..... 22 ADOBE NON RECOUVERT ..... 23 CONTRE-PLAQUÉ ..... 24 CARTON ..... 25 BOIS DE RÉCUPÉRATION ..... 26 TOLES DE RECUPERATION ..... 27 <b>MATÉRIAU ÉLABORÉ</b> CIMENT ..... 31 PIERRES AVEC CHAUX/CIMENT ..... 32 BRIQUES ..... 33	

AUTRES CARACTÉRISTIQUES DU LOGEMENT

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
		BLOCS DE CIMENT ..... 34 ADOBE RECOUVERT ..... 35 PLANCHE EN BOIS/SHINGLES ..... 36 AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
155	Je voudrais vérifier si le sel utilisé dans votre ménage est iodé. Puis-je avoir un peu de sel qui est utilisé pour cuisiner dans votre ménage ?  TEST DU SEL POUR L'IODE.	<b>SEL TESTÉ</b> PRÉSENCE D'IODE ..... 1 PAS D'IODE ..... 2 <b>SEL NON TESTÉ</b> LE MÉNAGE UTILISE DU SEL MAIS IL N'Y A PAS DE SEL DANS LE MÉNAGE .... 3 LE MÉNAGE N'UTILISE PAS DE SEL .... 4 SEL NON TESTÉ ..... 6 (PRÉCISEZ LA RAISON)	

TRAVAIL DES ENFANTS

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER															
201	VÉRIFIEZ L'ÂGE DE L'ENFANT SELECTIONNÉ :  5-17 ANS <input type="checkbox"/>	1-4 ANS <input type="checkbox"/>	→ 301															
202	Maintenant, je voudrais vous parler de tout travail que (NOM) pourrait faire.  Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, (NOM) a-t-il/elle fait une des activités suivantes, même si c'est pendant une heure seulement ?  a) Est-ce que (NOM) a travaillé sur son propre terrain ou ferme ou potager ou sur celui du ménage ou s'est occupé des animaux. Par exemple : faire pousser des produits de la ferme, les récolter, nourrir les animaux, les emmener au pâturage ou les traire ?  b) Est-ce que (NOM) a aidé dans l'entreprise familiale, ou dans celle d'autres parents avec ou sans paiement ou a travaillé dans sa propre entreprise ?  c) Est-ce que (NOM) a produit, ou vendu des articles, des produits artisanaux, des vêtements, de la nourriture ou des produits agricoles ?  d) Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, (NOM) a-t-il/elle été engagé(e) dans n'importe quelle autre activité en échange de paiement en espèces ou en nature, même pour une seule heure ?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="right">OUI</td> <td align="right">NON</td> </tr> <tr> <td>a) A TRAVAILLÉ SUR TERRAIN/FERME/POTAGER OU S'EST OCCUPE DES ANIMAUX</td> <td align="right">..... 1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>b) A AIDÉ DANS ENTREPRISE FAMILIALE/D'UN AUTRE PARENT/ DANS SA PROPRE AFFAIRE</td> <td align="right">..... 1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>c) A PRODUIT\209 VÊTEMENTS/NOURRITURE OU PRODUITS AGRICOLES</td> <td align="right">..... 1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>d) N'IMPORTE QUELLE AUTRE ACTIVITÉ</td> <td align="right">..... 1</td> <td align="right">2</td> </tr> </table>		OUI	NON	a) A TRAVAILLÉ SUR TERRAIN/FERME/POTAGER OU S'EST OCCUPE DES ANIMAUX	..... 1	2	b) A AIDÉ DANS ENTREPRISE FAMILIALE/D'UN AUTRE PARENT/ DANS SA PROPRE AFFAIRE	..... 1	2	c) A PRODUIT\209 VÊTEMENTS/NOURRITURE OU PRODUITS AGRICOLES	..... 1	2	d) N'IMPORTE QUELLE AUTRE ACTIVITÉ	..... 1	2	
	OUI	NON																
a) A TRAVAILLÉ SUR TERRAIN/FERME/POTAGER OU S'EST OCCUPE DES ANIMAUX	..... 1	2																
b) A AIDÉ DANS ENTREPRISE FAMILIALE/D'UN AUTRE PARENT/ DANS SA PROPRE AFFAIRE	..... 1	2																
c) A PRODUIT\209 VÊTEMENTS/NOURRITURE OU PRODUITS AGRICOLES	..... 1	2																
d) N'IMPORTE QUELLE AUTRE ACTIVITÉ	..... 1	2																
203	VÉRIFIEZ 202, a) À d)  IL Y A AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/>	TOUTES LES RÉPONSES SONT 'NON' <input type="checkbox"/>	→ 208															
204	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, à peu près combien d'heures au total (NOM) a-t-il/elle travaillé sur (cette activité/ces activités) ?  SI MOINS D'1 HEURE, NOTER '00'	NOMBRE D'HEURES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>																
205	Est-ce que (cette activité/ces activités) requièrent de porter des charges lourdes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 208															
206	Est-ce que (cette /ces activité(s)) requièrent de travailler avec des outils dangereux tels que des couteaux et autres outils similaires ou de faire fonctionner des grosses machines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 208															

TRAVAIL DES ENFANTS

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER
207	<p>Comment décrieriez-vous l'environnement de travail de (NOM) ?</p> <p>a) Est-ce que (NOM) est exposé à la poussière/fumées ou gaz ?</p> <p>b) Est-ce que (NOM) est exposé au froid, à la chaleur ou à de l'humidité extrême ?</p> <p>c) Est-ce que (NOM) est exposé à des bruits intenses ou a des vibrations ?</p> <p>d) Est-ce que (NOM) est amené à travailler en hauteur ?</p> <p>e) Est-ce que, dans son travail, (NOM) est exposé à des produits chimiques, tels que des pesticides, des colles ou similaires ou des explosifs ?</p> <p>f) Est-ce que (NOM) est exposé à d'autres choses, ou soumis à des processus ou des conditions défavorables à sa santé ou sa sécurité ?</p> <p>g) Est-ce que, dans son travail, (NOM) est exposé à la noyade ?</p> <p>h) Est-ce que, dans son travail, (NOM) est exposé à l'éboulement de terre ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
208	<p>Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, (NOM) est-il /elle allé chercher de l'eau pour le ménage</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 210
209	<p>Au total, depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, combien d'heures (NOM) a-t-il/elle passé à chercher de l'eau pour le ménage ?</p> <p>SI MOINS D'1 HEURE, NOTER '00'</p>	<p>NOMBRE D'HEURES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
210	<p>Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, (NOM) est-il /elle allé chercher du bois pour le ménage ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 212
211	<p>Au total, depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, combien d'heures (NOM) a-t-il/elle passe à chercher du bois pour le ménage ?</p> <p>SI MOINS D'1 HEURE, NOTER '00'</p>	<p>NOMBRE D'HEURES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	

TRAVAIL DES ENFANTS

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER																								
212	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, est-ce que (NOM) a fait une des choses suivantes pour le ménage : a) Des courses pour le ménage ? b) Cuisiner ? c) Laver la vaisselle ou nettoyer la maison ? d) Laver des vêtements ? e) Prendre soin des enfants ? f) Prendre soin des personnes âgées ou g) Autres tâches de ménage ?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="right">OUI</td> <td align="right">NON</td> </tr> <tr> <td>a) COURSES POUR LE MÉNAGE .....</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>b) CUISINER ..</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>c) LAVER LA VAISSELLE/ NETTOYER LA MAISON .....</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>d) LAVER DES VÊTEMENTS .....</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>e) PRENDRE SOIN DES ENFANTS ..</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>f) PRENDRE SOINS DES ÂGÉS/ DES MALADES .....</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>g) AUTRES TÂCHES .....</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> </table>		OUI	NON	a) COURSES POUR LE MÉNAGE .....	1	2	b) CUISINER ..	1	2	c) LAVER LA VAISSELLE/ NETTOYER LA MAISON .....	1	2	d) LAVER DES VÊTEMENTS .....	1	2	e) PRENDRE SOIN DES ENFANTS ..	1	2	f) PRENDRE SOINS DES ÂGÉS/ DES MALADES .....	1	2	g) AUTRES TÂCHES .....	1	2	
	OUI	NON																									
a) COURSES POUR LE MÉNAGE .....	1	2																									
b) CUISINER ..	1	2																									
c) LAVER LA VAISSELLE/ NETTOYER LA MAISON .....	1	2																									
d) LAVER DES VÊTEMENTS .....	1	2																									
e) PRENDRE SOIN DES ENFANTS ..	1	2																									
f) PRENDRE SOINS DES ÂGÉS/ DES MALADES .....	1	2																									
g) AUTRES TÂCHES .....	1	2																									
213	VÉRIFIEZ 212 a) À g): IL Y A AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓	TOUTES LES RÉPONSES <input type="checkbox"/> SONT 'NON' →	301																								
214	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, combien d'heures à peu près, (NOM) a-t-il/elle travaillé sur (cette/ces activité(s)) ? SI MOINS D'1 HEURE, NOTEZ '00'	NOMBRE D'HEURES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>																									

**HOSPITALISATIONS**

301	VERIFIEZ LA COLONNE 22 DANS LE TABLEAU MENAGE  UNE OU PLUSIEURS HOSPITALISATIONS <input type="checkbox"/>	AUCUNE HOSPITALISATION <input type="checkbox"/> → 401	
302	VÉRIFIER LA COLONNE 22 DANS LE TABLEAU MÉNAGE : ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE CHAQUE MEMBRE DU MÉNAGE QUI A ÉTÉ HOSPITALISÉ, PUIS DEMANDER : Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur les membres du ménage qui ont passé une nuit dans un établissement de soins au cours des six derniers mois. (S'IL Y A PLUS DE DEUX PERSONNES HOSPITALISÉES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE ADDITIONNEL).		
303	NUMERO DE LIGNE DE LA COLONNE 22 DU TABLEAU MENAGE	HOSPITALISATION NUMERO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	HOSPITALISATION NUMERO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
304	NOM DE LA COLONNE 2 DU TABLEAU MENAGE	NOM _____	NOM _____
305	Où {NOM} a-t-il/elle été hospitalisé la dernière fois pour des soins de santé ?	<p><b>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</b></p> HOPITAL NAT. / CLINIQUES UNIVERSITAIRES 11 HOPITAL PROVINCIAL 12 HOPITAL GENERAL DE REFERENCE 13 CENTRE HOSPITALIER / CSR 14 CENTRE DE SANTE 15 POSTE DE SANTE / DISPENSAIRE 17 AUTRE SECTEUR PUBLIC 16 <p align="center">_____ (SPECIFIEZ)</p> <p><b>SECTEUR MEDICAL PRIVE</b></p> HOPITAL 21 CLINIQUE / POLYCLINIQUE 22 CENTRE DE SANTE 23 CABINET MEDICAL 24 MATERNITE 25 AUTRE SECTEUR PRIVE 26 <p align="center">_____ (SPECIFIEZ)</p> <p><b>SECTEUR MEDICAL ONG</b></p> HÔPITAL ONG 31 CLINIQUE ONG 32 AUTRE SECTEUR MEDICAL ONG _____ 36 (PRÉCISEZ) <p><b>SECTEUR NON MEDICAL</b></p> TRADIPRATICIENS 41 MEDECINE CHINOISE 42 EGLISE 43 AUTRE SECTEUR NON MEDICAL 46 <p align="center">_____ (SPECIFIEZ)</p> <p><b>AUTRE</b> 96                  _____                  (SPECIFIEZ)</p>	<p><b>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</b></p> HOPITAL NAT. / CLINIQUES UNIVERSITAIRES 11 HOPITAL PROVINCIAL 12 HOPITAL GENERAL DE REFERENCE 13 CENTRE HOSPITALIER / CSR 14 CENTRE DE SANTE 15 POSTE DE SANTE / DISPENSAIRE 17 AUTRE SECTEUR PUBLIC 16 <p align="center">_____ (SPECIFIEZ)</p> <p><b>SECTEUR MEDICAL PRIVE</b></p> HOPITAL 21 CLINIQUE / POLYCLINIQUE 22 CENTRE DE SANTE 23 CABINET MEDICAL 24 MATERNITE 25 AUTRE SECTEUR PRIVE 26 <p align="center">_____ (SPECIFIEZ)</p> <p><b>SECTEUR MEDICAL ONG</b></p> HÔPITAL ONG 31 CLINIQUE ONG 32 AUTRE SECTEUR MEDICAL ONG _____ 36 (PRÉCISEZ) <p><b>SECTEUR NON MEDICAL</b></p> TRADIPRATICIENS 41 MEDECINE CHINOISE 42 EGLISE 43 AUTRE SECTEUR NON MEDICAL 46 <p align="center">_____ (SPECIFIEZ)</p> <p><b>AUTRE</b> 96                  _____                  (SPECIFIEZ)</p>
306	Pour quelle raison principale, [NOM] a-t-il/elle recherché des soins de santé cette dernière fois ?	GROSSESSE / ACCOUCHEMENT ..... 01 MALADIE ..... 02 ACCIDENT / BLESSURES ..... 03 AUTRE ..... 06 _____ (SPECIFIEZ)	GROSSESSE / ACCOUCHEMENT ..... 01 MALADIE ..... 02 ACCIDENT / BLESSURES ..... 03 AUTRE ..... 06 _____ (SPECIFIEZ)
		NE SAIT PAS ..... 08	NE SAIT PAS ..... 08

307	Combien d'argent a été dépensé pour le traitement et les services que [NOM] a reçus pendant l'hospitalisation la plus récente ? Nous voulons connaître tous les coûts du séjour, y compris les frais d'analyse de laboratoire, de médicaments ou d'autres frais.	COUT CDF <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> COUT EN USD <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> AUCUN COUT / GRATUIT ..... 0000000 EN NATURE SEULEMENT ..... 9999995 NE SAIT PAS ..... 9999998																	COUT CDF <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> COUT EN USD <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> AUCUN COUT / GRATUIT ..... 0000000 EN NATURE SEULEMENT ..... 9999995 NE SAIT PAS ..... 9999998																
308	Au cours des six derniers mois, est-ce que [NOM] a passé, une autre fois, une nuit dans un établissement de soins ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ A 318 ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ A 318 ←																																
309	L'avant-dernière fois que [NOM] a passé la nuit pour des soins de santé, où est-il/elle resté ?	<b>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</b> HOPITAL NAT. / CLINIQUES UNIVERSITAIRES 11 HOPITAL PROVINCIAL 12 HOPITAL GENERAL DE REFERENCE 13 CENTRE HOSPITALIER / CSR 14 CENTRE DE SANTE 15 POSTE DE SANTE / DISPENSAIRE 17 AUTRE SECTEUR PUBLIC 16 _____ (SPECIFIEZ) <b>SECTEUR MEDICAL PRIVE</b> HOPITAL 21 CLINIQUE / POLYCLINIQUE 22 CENTRE DE SANTE 23 CABINET MEDICAL 24 MATERNITE 25 AUTRE SECTEUR PRIVE 26 _____ (SPECIFIEZ) <b>SECTEUR MEDICAL ONG</b> HÔPITAL ONG 31 CLINIQUE ONG 32 AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG 36 _____ (PRÉCISEZ) <b>SECTEUR NON MEDICAL</b> TRADIPRATICIENS 41 MEDECINE CHINOISE 42 EGLISE 43 AUTRE SECTEUR NON MEDICAL 46 _____ (SPECIFIEZ) <b>AUTRE</b> 96 _____ (SPECIFIEZ)	<b>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</b> HOPITAL NAT. / CLINIQUES UNIVERSITAIRES 11 HOPITAL PROVINCIAL 12 HOPITAL GENERAL DE REFERENCE 13 CENTRE HOSPITALIER / CSR 14 CENTRE DE SANTE 15 POSTE DE SANTE / DISPENSAIRE 17 AUTRE SECTEUR PUBLIC 16 _____ (SPECIFIEZ) <b>SECTEUR MEDICAL PRIVE</b> HOPITAL 21 CLINIQUE / POLYCLINIQUE 22 CENTRE DE SANTE 23 CABINET MEDICAL 24 MATERNITE 25 AUTRE SECTEUR PRIVE 26 _____ (SPECIFIEZ) <b>SECTEUR MEDICAL ONG</b> HÔPITAL ONG 31 CLINIQUE ONG 32 AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG 36 _____ (PRÉCISEZ) <b>SECTEUR NON MEDICAL</b> TRADIPRATICIENS 41 MEDECINE CHINOISE 42 EGLISE 43 AUTRE SECTEUR NON MEDICAL 46 _____ (SPECIFIEZ) <b>AUTRE</b> 96 _____ (SPECIFIEZ)																																
310	L'avant-dernière fois, pour quelle raison principale [NOM] a-t-il recherché des soins de santé ?	GROSSESSE / ACCOUCHEMENT ..... 01 MALADIE ..... 02 ACCIDENT / BLESSURES ..... 03 AUTRE ..... 06 _____ (SPECIFIEZ) NE SAIT PAS ..... 08	GROSSESSE / ACCOUCHEMENT ..... 01 MALADIE ..... 02 ACCIDENT / BLESSURES ..... 03 AUTRE ..... 06 _____ (SPECIFIEZ) NE SAIT PAS ..... 08																																

311	Combien d'argent a été dépensé pour le traitement et les services que [NOM] a reçus pendant l'avant-dernière hospitalisation ? Nous voulons connaître tous les coûts du séjour, y compris les frais d'analyse de laboratoire, de médicaments ou d'autres frais	COUT CDF <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> COUT EN USD <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> AUCUN COUT / GRATUIT ..... 0000000 EN NATURE SEULEMENT ..... 9999995 NE SAIT PAS ..... 9999998																	COUT CDF <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> COUT EN USD <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> AUCUN COUT / GRATUIT ..... 0000000 EN NATURE SEULEMENT ..... 9999995 NE SAIT PAS ..... 9999998																
312	À part les deux séjours dont vous m'avez parlé, est-ce qu'au cours des six derniers mois, [NOM] a passé, une autre fois, une nuit dans un établissement de soins ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ A 318 ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ A 318 ←																																
313	L'avant- avant- dernière fois que [NOM] a passé la nuit dans un établissement de soins, où est-il/elle resté ?	<b>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</b> HOPITAL NAT. / CLINIQUES UNIVERSITAIRES 11 HOPITAL PROVINCIAL 12 HOPITAL GENERAL DE REFERENCE 13 CENTRE HOSPITALIER / CSR 14 CENTRE DE SANTE 15 POSTE DE SANTE / DISPENSAIRE 17 AUTRE SECTEUR PUBLIC 16 _____ (SPECIFIEZ)  <b>SECTEUR MEDICAL PRIVE</b> HOPITAL 21 CLINIQUE / POLYCLINIQUE 22 CENTRE DE SANTE 23 CABINET MEDICAL 24 MATERNITE 25 AUTRE SECTEUR PRIVE 26 _____ (SPECIFIEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b> HÔPITAL ONG 31 CLINIQUE ONG 32 AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG 36 _____ (PRECISEZ)  <b>SECTEUR NON MEDICAL</b> TRADIPRATICIENS 41 MEDECINE CHINOISE 42 EGLISE 43 AUTRE SECTEUR NON MEDICAL 46 _____ (SPECIFIEZ)  <b>AUTRE</b> 96 _____ (SPECIFIEZ)	<b>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</b> HOPITAL NAT. / CLINIQUES UNIVERSITAIRES 11 HOPITAL PROVINCIAL 12 HOPITAL GENERAL DE REFERENCE 13 CENTRE HOSPITALIER / CSR 14 CENTRE DE SANTE 15 POSTE DE SANTE / DISPENSAIRE 17 AUTRE SECTEUR PUBLIC 16 _____ (SPECIFIEZ)  <b>SECTEUR MEDICAL PRIVE</b> HOPITAL 21 CLINIQUE / POLYCLINIQUE 22 CENTRE DE SANTE 23 CABINET MEDICAL 24 MATERNITE 25 AUTRE SECTEUR PRIVE 26 _____ (SPECIFIEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b> HÔPITAL ONG 31 CLINIQUE ONG 32 AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG 36 _____ (PRECISEZ)  <b>SECTEUR NON MEDICAL</b> TRADIPRATICIENS 41 MEDECINE CHINOISE 42 EGLISE 43 AUTRE SECTEUR NON MEDICAL 46 _____ (SPECIFIEZ)  <b>AUTRE</b> 96 _____ (SPECIFIEZ)																																
314	L'avant-avant-dernière fois, pour quelle raison principale [NOM] a-t-il recherché des soins de santé ?	GROSSESSE / ACCOUCHEMENT ..... 01 MALADIE ..... 02 ACCIDENT / BLESSURES ..... 03 AUTRE ..... 06 _____ (SPECIFIEZ)  NE SAIT PAS ..... 08	GROSSESSE / ACCOUCHEMENT ..... 01 MALADIE ..... 02 ACCIDENT / BLESSURES ..... 03 AUTRE ..... 06 _____ (SPECIFIEZ)  NE SAIT PAS ..... 08																																

315	Combien d'argent a été dépensé pour le traitement et les services que [NOM] a reçus pendant l'avant-avant-dernière hospitalisation ? Nous voulons connaître tous les coûts du séjour, y compris les frais d'analyse de laboratoire, de médicaments ou d'autres frais	COUT CDF <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> COUT EN USD <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUN COUT / GRATUIT ..... 0000000 EN NATURE SEULEMENT ..... 9999995 NE SAIT PAS ..... 9999998	COUT CDF <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> COUT EN USD <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUN COUT / GRATUIT ..... 0000000 EN NATURE SEULEMENT ..... 9999995 NE SAIT PAS ..... 9999998
316	À part les trois séjours dont vous m'avez parlé, est-ce qu'au cours des six derniers mois, [NOM] a passé, une autre fois, une nuit dans un établissement de soins ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ A 318 ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ A 318 ←
317	Au total, au cours des six derniers mois, combien de fois [NOM] est-il resté la nuit dans un établissement de soins ?	NOMBRE D'HOSPITALISATIONS <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE D'HOSPITALISATIONS <input type="text"/> <input type="text"/>
318	Est-ce que [NOM] est couvert par une assurance médicale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8 (ALLEZ A 320) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8 (ALLEZ A 320) ←
319	Quel est le type principal d'assurance médicale de [NOM] ?	MUTUELLE DE SANTE ASSURANCE COMMUNAUTAIRE ..... 1 ASSURANCE SANTE FOURNI PAR L'EMPLOYEUR ..... 2 SECURITE SOCIALE ..... 3 SOUSCRIPTION INDIVIDUELLE A UNE ASSURANCE PRIVEE ..... 4 AUTRE ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8	MUTUELLE DE SANTE COMMUNAUTAIRE ..... 1 ASSURANCE SANTE FOURNI PAR L'EMPLOYEUR ..... 2 SECURITE SOCIALE ..... 3 SOUSCRIPTION INDIVIDUELLE A UNE ASSURANCE PRIVEE ..... 4 AUTRE ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8
320		RETOURNEZ A 305 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS D'HOSPITALISATION, ALLEZ A 401	RETOURNEZ A 305 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS D'HOSPITALISATION, ALLEZ A 401

**SOINS AMBULATOIRES**

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES DES MODALITES	PASSER À
401	VÉRIFIER LA COLONNE 25 DU TABLEAU MÉNAGE: UN OU PLUSIEURS PATIENTS <input type="checkbox"/> AMBULATOIRES ELIGIBLES ↓	PAS DE PATIENTS <input type="checkbox"/> → 411 AMBULATOIRES ELIGIBLES	
402	NOM DU PATIENT AMBULATOIRE SELECTIONNE _____	NUMÉRO DE LIGNE DU MÉNAGE DU PATIENT AMBULATOIRE SELECTIONNE <input type="text"/> <input type="text"/>	
403	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les soins de santé que [NOM] a reçus dans les quatre dernières semaines, sans qu'il ait passé la nuit dans l'établissement de soins. La dernière fois que [Nom] a eu des soins de santé sans qu'il ait passé la nuit dans l'établissement de soins, où est-il/elle allé ?	<p><b>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</b></p> HOP. NAT / CLINIQUES UNIVERSITAIRE . . . . . 11 HOPITAL PROVINCIAL . . . . . 12 HOPITAL GENERAL DE REFERENCE . . . . . 13 CENTRE HOSP / CENTRE DE SANTE DE REF 14 CENTRE DE SANTE . . . . . 15 POSTE DE SANTE / DISPENSAIRE . . . . . 17 AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE/REC . . 18 AUTRE SECTEUR MEDICAL PUBLIC _____ 16 (SPECIFIEZ) <p><b>SECTEUR MEDICAL PRIVE</b></p> HÔPITAL . . . . . 21 CLINIQUE/POLYCLINIQUE . . . . . 22 PHARMACIE . . . . . 23 CENTRE DE SANTE . . . . . 24 MÉDECIN/CABINET MEDICAL . . . . . 25 MATERNITE . . . . . 27 CLINIQUE MOBILE . . . . . 28 INFIRMIER AMBULANT . . . . . 29 AUTRE SECTEUR MEDICAL PRIVE _____ 26 (SPECIFIEZ) <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> BOUTIQUE/MAGASIN . . . . . 31 TRADIPRATICIEN . . . . . 32 AUTRE _____ 96 (SPECIFIEZ)	
404	Combien d'argent a été dépensé pour le traitement ou les services que [NOM] a reçus du [NOM DE L'ETABLISSEMENT DE SOINS A 403] ?  a1) Tarification forfaitaire       a) Pour la consultation?	OUI . . . . . 1 → 404d  COUT EN CDF <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> COUT EN USD <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  NON . . . . . 2  COUT EN CDF <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> COUT EN USD <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  AUCUN COUT / GRATUIT . . . . . 0000000 EN NATURE SEULEMENT . . . . . 9999995 NE SAIT PAS . . . . . 9999998	CDF

**SOINS AMBULATOIRES**

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES DES MODALITES	PASSER À
	<p>b) Pour les examens médicaux / analyses de laboratoire?</p> <p>c) Pour les médicaments obtenus sans ordonnance médicale?</p> <p>d) Pour les médicaments obtenus sur ordonnance médicale?</p> <p>e) Pour le transport?</p> <p>f) Pour les frais d'ambulance?</p> <p>g) Pour les autres dépenses?</p>	<p>COUT EN CDF <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>COUT EN USD <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUN COUT / GRATUIT ..... 0000000            EN NATURE SEULEMENT ..... 9999995            NE SAIT PAS ..... 9999998</p> <p>COUT EN CDF <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>COUT EN USD <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUN COUT / GRATUIT ..... 0000000            EN NATURE SEULEMENT ..... 9999995            NE SAIT PAS ..... 9999998</p> <p>COUT EN CDF <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>COUT EN USD <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUN COUT / GRATUIT ..... 0000000            EN NATURE SEULEMENT ..... 9999995            NE SAIT PAS ..... 9999998</p> <p>COUT EN CDF <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>COUT EN USD <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUN COUT / GRATUIT ..... 0000000            EN NATURE SEULEMENT ..... 9999995            NE SAIT PAS ..... 9999998</p> <p>COUT EN CDF <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>COUT EN USD <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUN COUT / GRATUIT ..... 0000000            EN NATURE SEULEMENT ..... 9999995            NE SAIT PAS ..... 9999998</p>	
404B	<p>FAITES LA SOMME DES COUTS DES RÉPONSES DE 404a1) à 404g) ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUN COUT DEPENSE, INSCRIVEZ '0000000'.</p>	<p>COUT TOTAL EN CDF <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>COUT TOTAL EN USD <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	

SOINS AMBULATOIRES

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES DES MODALITES	PASSER À
405	Pour quelle raison principale, [NOM] a-t-il recherché des soins de santé cette dernière fois ?	PLANIFICATION FAMILIALE ..... 01 SOINS PRENATALS/ ACCOUCHEMENT SOINS POSTNATALS ..... 02 MALARIA ..... 03 FIEVRE ..... 04 DIARRHEE ..... 05 VIH/SIDA/MST ..... 06 AUTRE MALADIE ..... 07 CONTRÔLE GENERAL SOINS PREVENTIFS ..... 08 ACCIDENT/BLESSURES ..... 09 VACCINATION ..... 10  AUTRE _____ 96 (SPECIFIEZ)	
405a	Combien de temps [NOM] a attendu entre le moment de son arrivée à [NOM DE L'ETABLISSEMENT DE SOINS A 403] et le moment où il/elle a pu voir le prestataire pour la consultation?	NOMBRE DE MINUTES 01 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  NOMBRE D'HEURES 02 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  A VU LE PRESTATAIRE IMMEDIATEMENT ..... 000 NE SAIT PAS ..... 998	
405b	Combien de temps [NOM] a passé en consultation?	NOMBRE DE MINUTES 01 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  NOMBRE D'HEURES 02 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 998	
405c	Quel est le niveau de satisfaction de [NOM] sur les services offerts?	TRES SATISFAIT ..... 01  PLUS OU MOINS SATISFAIT ..... 02  PAS SATISFAIT ..... 03	
406	Au cours des quatre dernières semaines, est-ce que {NOM} a reçu, une autre fois, des soins d'un prestataire de santé, d'une pharmacie ou d'un praticien traditionnel sans rester une nuit dans un établissement de soins ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 409
407	Au cours des quatre dernières semaines, combien d'autres fois [NOM] a-t-il/elle eu des soins de santé ?	NOMBRE DE VISITES EN SOINS AMBULATOIRES: ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
408	Combien de fois de l'argent a-t-il été dépensé ?	NOMBRE DE VISITES EN SOINS AMBULATOIRES PAYEES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
409	Est-ce que [NOM] est couvert par une assurance médicale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 411

SOINS AMBULATOIRES

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES DES MODALITES	PASSER À																
410	<p>Quel est le type principal d'assurance médicale de [NOM] ?</p>	<p>MUTUELLE DE SANTE  ASSURANCE  COMMUNAUTAIRE ..... 1  ASSURANCE SANTE  FOURNI PAR L'EMPLOYEUR ..... 2  SECURITE SOCIALE ..... 3  SOUSCRIPTION INDIVIDUELLE  A UNE ASSURANCE PRIVEE ..... 4  AUTRE ..... 6  NE SAIT PAS ..... 8</p>																	
411	<p>Il arrive parfois que les gens achètent des vitamines, des médicaments et des herbes médicinales sans consulter un prestataire de santé, un pharmacien ou un guérisseur traditionnel. On peut aussi acheter d'autres fournitures médicales comme des pansements, des platres, des thermomètres ou autre équipement médical sans passer par une consultation.</p> <p>Dans les quatre dernières semaines, combien d'argent a été dépensé sur ce type de matériel de santé pour tous les membres du ménage ?</p>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;">COUT EN CDF</td> <td style="width: 10%;"><input type="text"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="text"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="text"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="text"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="text"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="text"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>COUT EN USD</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> <p>RIEN / GRATUIT ..... 0000000  EN NATURE SEULEMENT ..... 9999995  NE SAIT PAS ..... 9999998</p>	COUT EN CDF	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	COUT EN USD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
COUT EN CDF	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
COUT EN USD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR/ENQUÊTRICE  
À REMPLIR, UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES CONCERNANT L'INTERVIEW :

---

---

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

---

---

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES :

---

---

---

---

---

---

---

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ  
 QUESTIONNAIRE STANDARD FEMME

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
 INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

IDENTIFICATION														
NOM DE LA LOCALITÉ (GRAPPE) _____														
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____														
NUMÉRO DE GRAPPE .....				<table border="1" style="width: 40px; height: 40px; margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										
NUMÉRO DE MÉNAGE .....														
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____														
VISITES D'ENQUÊTRICES														
	1	2	3	VISITE FINALE										
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	ANNÉE N° ENQUÊTÉE <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										
PROCHAINÈDATE VISITE	_____	_____		RÉSULTAT* <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										
HEURE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										
*CODES RÉSULTAT : 1 COMPLÉTÉ      4 REFUSÉ 2 PAS À LA MAISON      5 PARTIELLEMENT COMPLÉTÉ      7 AUTRE _____ 3 DIFFÉRÉ                      6 INCAPACITÉ                      PRÉCISEZ														
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> </table> LANGUE DE L'INTERVIEW** <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉE** <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> INTERPRÈTE (OUI = 1, NON = 2) <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>					0	1								
0	1													
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <b>FRANÇAIS</b> **CODES LANGUES : 01 FRANÇAIS                      03 LINGALA                      05 TSHILUBA 02 KIKONGO                      04 SWAHILI														
ÉQUIPE	CHEF D'ÉQUIPE		CONTRÔLEUR CAPI											
<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> NUMÉRO			_____ NOM	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> NUMÉRO					_____ NOM	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> NUMÉRO				

PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_ . Je travaille pour l'Institut National de la Statistique (INS) . Nous effectuons une enquête nationale sur la santé et sur d'autres sujets partout en République Démocratique du Congo (RDC). Les informations que nous collectons aideront votre gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement entre 30 et 60 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligée de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez de répondre à nos questions car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

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

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

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



SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
101	INSCRIVEZ L'HEURE.	HEURES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	Dans quelle province êtes-vous née ?	BAS-UELE ..... 01 ÉQUATEUR ..... 02 HAUT-KATANGA ..... 03 HAUT-LOMAMI ..... 04 HAUT-UELE ..... 05 ITURI ..... 06 KASAÏ ..... 07 KASAÏ CENTRAL ..... 08 KASAÏ ORIENTAL ..... 09 KINSHASA ..... 10 KONGO-CENTRAL ..... 11 KWANGO ..... 12 KWILU ..... 13 LOMAMI ..... 14 LUALABA ..... 15 MAI-NDOMBE ..... 16 MANIEMA ..... 17 MONGALA ..... 18 NORD-KIVU ..... 19 NORD-UBANGI ..... 20 SANKURU ..... 21 SUD-KIVU ..... 22 SUD-UBANGI ..... 23 TANGANYIKA ..... 24 TSHOPO ..... 25 TSHUAPA ..... 26  À L'EXTERIEUR DE LA RDC ..... 96	→ 104
103	Dans quel pays êtes-vous née ?	PAYS _____ <input type="text"/>	
104	Depuis combien de temps vivez-vous de manière continue à (NOM DE LA VILLE, COMMUNE RURALE OU VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE)  SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00'	ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  DEPUIS TOUJOURS ..... 95 VISITEUR ..... 96	→ 110

## SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
105	VÉRIFIEZ 104 :  00 - 04 ANS <input type="checkbox"/> ↓ 05 ANS <input type="checkbox"/> OU PLUS		→ 107
106	En quel mois et en quelle année avez-vous emménagé ici ?	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	Juste avant d'emménager ici, dans quelle province viviez-vous ?	BAS-UELE ..... 01 ÉQUATEUR ..... 02 HAUT-KATANGA ..... 03 HAUT-LOMAMI ..... 04 HAUT-UELE ..... 05 ITURI ..... 06 KASAÏ ..... 07 KASAÏ CENTRAL ..... 08 KASAÏ ORIENTAL ..... 09 KINSHASA ..... 10 KONGO-CENTRAL ..... 11 KWANGO ..... 12 KWILU ..... 13 LOMAMI ..... 14 LUALABA ..... 15 MAI-NDOMBE ..... 16 MANIEMA ..... 17 MONGALA ..... 18 NORD-KIVU ..... 19 NORD-UBANGI ..... 20 SANKURU ..... 21 SUD-KIVU ..... 22 SUD-UBANGI ..... 23 TANGANYIKA ..... 24 TSHOPO ..... 25 TSHUAPA ..... 26  À L'EXTERIEUR DE LA RDC ..... 96	
108	Juste avant d'emménager ici, viviez-vous dans une autre ville, commune rurale ou milieu rural ?	VILLE ..... 1 COMMUNE RURALE ..... 2 MILIEU RURAL ..... 3	
109	Pourquoi avez-vous emménagé à cet endroit ?	EMPLOI ..... 01 ÉDUCATION/FORMATION ..... 02 MARIAGE ..... 03 RÉUNIFICATION FAMILIALE /AUTRE RAISON FAMILIALE ..... 04 RETOUR A DOMICILE ..... 05  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	

## SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
109a	Pourquoi avez-vous déménagé de l'endroit où vous viviez auparavant?	ABSENCE D'EMPLOI ..... 01 POURSUITE DES ETUDES ..... 02 REJOINDRE LA CONJOINTE ..... 03 REJOINDRE LES PARENTS/LA FAMILLE ..... 04 DÉPLACEMENT FORCÉ ..... 05 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
110	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	43
111	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 110 ET/OU111 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
112	Globalement, comment jugez-vous votre état de santé, très bon, bon, assez bon, mauvais ou très mauvais ?	TRÈS BON ..... 1 BON ..... 2 ASSEZ BON ..... 3 MAUVAIS ..... 4 TRÈS MAUVAIS ..... 5	
113	Êtes-vous allée à l'école ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 117
114	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE ..... 2 SUPÉRIEUR ..... 3	
115	Quelle est la classe la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ?	[CLASSE] ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
116	VÉRIFIEZ 114 : PRIMAIRE OU <input type="checkbox"/> SECONDAIRE ↓      SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/> →		→ 119
117	Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase. MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉE. SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ : Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT ..... 1 PEUT SEULEMENT LIRE UNE PARTIE DE LA PHRASE ..... 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE ..... 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DEMANDÉE ..... 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE ..... 5	
118	VÉRIFIEZ 117: CODE '2', '3' <input type="checkbox"/> OU '4' ENCERCLÉ ↓      CODE '1' OU '5' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> →		→ 120
119	Lisez-vous un journal ou un magazine au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	

## SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
120	Écoutez-vous la radio au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
121	Regardez-vous la télévision au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
122	Avez-vous un téléphone portable ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 127
123	Est-ce que votre téléphone portable est un smart phone (téléphone intelligent avec quelques applications informatiques comme l'internet) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
127	Avez-vous déjà utilisé l'Internet depuis n'importe quel endroit ou n'importe quel appareil ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 130
128	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé l'Internet ? SI NÉCESSAIRE, INSISTEZ POUR L'UTILISATION À PARTIR DE N'IMPORTE QUEL ENDROIT AVEC N'IMPORTE QUEL APPAREIL.	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 130
129	Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous utilisé l'Internet : presque chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRESQUE CHAQUE JOUR ..... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 3 PAS DU TOUT ..... 4	
130	Quelle est votre religion ?	CATHOLIQUE ..... 01 PROTESTANTE ..... 02 ARMEE DU SALUT ..... 03 KIMBANGUISTE ..... 04 MUSULMANE ..... 05 EGLISE DE REVEIL ..... 06 TEMOINS DE JEHOVAH ..... 07 ANIMISME/RELIGION TRADITIONNELLE ..... 08 SANS RELIGION ..... 09  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	

## SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà donné naissance à des enfants ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206								
202	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 204								
203	a) Combien de fils vivent avec vous ? b) Et combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) 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> b) 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 des filles à qui vous avez donné naissance qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206								
205	a) Combien de fils sont vivants mais qui ne vivent pas avec vous ? b) Et combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) 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> b) 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 à une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON, INSISTEZ : Aucun bébé qui a crié ou fait un mouvement, qui a émis un son ou essayé de respirer ou qui a montré d'autres signes de vie pendant un très court moment ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 208								
207	a) Combien de garçons sont décédés ? b) Et combien de filles sont décédées ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) 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> b) 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 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL NAISSANCES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIEZ 208 : Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL ____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact ?  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> INSISTEZ ET CORRIGEZ 201-208 COMME IL SE DOIT.										
210	Il arrive parfois que les femmes ont une grossesse qui ne se termine pas par une naissance vivante. Par exemple, une grossesse peut se terminer en fausse-couche, par un avortement ou l'enfant peut être mort-né. Avez-vous déjà eu une grossesse qui ne s'est pas terminée par une naissance vivante ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 212								
211	Combien de fausses couches, d'avortements et de morts-nés avez-vous eu ?	PERTES DE GROSSESSE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
212	FAITES LA SOMME DE 208 ET 211 ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUNE, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL DU RÉSULTAT DES GROSSESSES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
213	VÉRIFIEZ 212: UNE GROSSESSE PASSÉE <input type="checkbox"/> OU PLUS ↓ AUCUNE GROSSESSE PASSÉE <input type="checkbox"/>		→ 232								

## SECTION 2. REPRODUCTION

214 Je voudrais maintenant enregistrer toutes vos grossesses comprenant les naissances vivantes, les morts-nés, les fausses-couches et les avortements, en commençant par votre première grossesse. ENREGISTRER TOUTES LES GROSSESSES À 215-228. ENREGISTRER LES JUMEAUX ET LES TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES. S'IL Y A PLUS DE 3 GROSSESSES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.							
215	216	217	218	219	220	221	222
Rappelez-vous de votre (première/suivante) grossesse. Est-ce que c'était une grossesse simple, des jumeaux ou triplés ? SI GROSSESSE MULTIPLE: COPIEZ LA VALEUR DE 215 DANS LA LIGNE SUIVANTE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DE LA GROSSESSE	SI 215=1, DEMANDEZ: Est-ce que le bébé est né vivant, mort-né ou avez-vous eu une fausse-couche ou un avortement ? SI 215 > 1, DEMANDEZ: Est-ce que le (premier/prochain) bébé de cette grossesse est né vivant ou mort ?	Est-ce que le bébé a crié, a bougé ou respiré ?	Quel nom a été donné au bébé ?  INSCRIVEZ LE NOM.	(NOM) est-il un garçon ou une fille ?	VÉRIFIEZ 216 ET 217: TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE.  NOTE: SI 217=1, ALORS LE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE = NÉ VIVANT. SI NÉ VIVANT, DEMANDER : quel jour, quel mois et en quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?  SI MORT-NÉ, FAUSSE-COUCHE OU AVORTEMENT, DEMANDER : Quel jour, quel mois et en quelle année, cette grossesse s'est-elle terminée ?	Combien de semaines ou de mois cette grossesse a-t-elle duré ?  ENREGISTRER EN SEMAINES OU MOIS RÉVOLUS.	POUR LIGNE 01, DEMANDEZ: Y a-t-il eu d'autres grossesses avant cette grossesse ?  APRÈS LIGNE 01:  SI 215=1 OU C'EST LA PREMIÈRE NAISSANCE D'UNE GROSSESSE MULTIPLE, DEMANDEZ : Y a-t-il eu d'autres grossesses entre la grossesse précédente et cette grossesse ?  SI 215 > 1 ET CE N'EST PAS LA PREMIÈRE NAISSANCE DE LA GROSSESSE, PASSEZ À 216 DANS LA LIGNE SUIVANTE.
01 SIMPLE 1 JUMEAU 2 TRIPLÉT 3 QUANTITÉ <input type="text"/>	NÉ VIVANT ..... 1 (ALLEZ À 218) ←  MORT NÉ ..... 2  FAUSSE-COUCHE ..... 3 (ALLEZ À 220) ← AVORTEMENT ... 4	OUI 1  NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	_____ NOM	GAR. 1  FILLE 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>  MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	SEMAINE 1 <input type="text"/> <input type="text"/>  MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ..... 1 (AJOUTEZ GROSSESSE) ←  NON ..... 2 (LIGNE SUIVANTE) ←
02 SIMPLE 1 JUMEAU 2 TRIPLÉT 3 QUANTITÉ <input type="text"/>	NÉ VIVANT ..... 1 (ALLEZ À 218) ←  MORT NÉ ..... 2  FAUSSE-COUCHE ..... 3 (ALLEZ À 220) ← AVORTEMENT ... 4	OUI 1  NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	_____ NOM	GAR. 1  FILLE 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>  MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	SEMAINE 1 <input type="text"/> <input type="text"/>  MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ..... 1 (AJOUTEZ GROSSESSE) ←  NON ..... 2 (LIGNE SUIVANTE) ←
03 SIMPLE 1 JUMEAU 2 TRIPLÉT 3 QUANTITÉ <input type="text"/>	NÉ VIVANT ..... 1 (ALLEZ À 218) ←  MORT NÉ ..... 2  FAUSSE-COUCHE ..... 3 (ALLEZ À 220) ← AVORTEMENT ... 4	OUI 1  NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	_____ NOM	GAR. 1  FILLE 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>  MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	SEMAINE 1 <input type="text"/> <input type="text"/>  MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ..... 1 (AJOUTEZ GROSSESSE) ←  NON ..... 2 (LIGNE SUIVANTE) ←
222A	Avez-vous eu une grossesse qui s'est interrompue (n'est pas arrivée à terme) depuis la dernière grossesse que vous avez mentionnée ?		OUI ..... 1 → AJOUTEZ AU TABLEAU NON ..... 2				
222B	LISEZ LA LISTE DES RÉSULTATS DE GROSSESSE DANS L'ORDRE À L'ENQUÊTÉE ET DEMANDEZ-LUI S'ILS CORRESPONDENT À TOUS LES RÉSULTATS QU'ELLE A EUS ET S'ILS SONT ÉNUMÉRÉS DANS L'ORDRE À PARTIR DU PREMIER.  EST-CE QUE L'ENQUÊTÉE EST D'ACCORD ? SI NON, INSISTEZ POUR OBTENIR LES INFORMATIONS CORRECTES ET RÉVISEZ L'HISTORIQUE DE GROSSESSE EN CONSÉQUENCE.						

SECTION 2. REPRODUCTION

	223	224	225		226	227	228
			SI NÉ VIVANT ET ENCORE EN VIE:				SI NÉ VIVANT ET MAINTENANT DÉCÉDÉ:
	<p>VÉRIFIEZ 216, 217 ET 221:</p> <p>SI 216=1 OU 217=1, ALORS LE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE = NÉ VIVANT.</p> <p>SI 216=2 OU 3, VÉRIFIEZ 221.</p> <p>SI 221 ≥ 7 MOIS OU 28 SEMAINES, ALORS LE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE = MORT NÉ.</p> <p>SI 221 &lt; 7 MOIS OU 28 SEMAINES, ALORS LE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE = FAUSSE COUCHE.</p> <p>SI 216=4, ALORS LE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE = AVORTEMENT.</p>	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.	<p>Quel âge avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ?</p> <p>SI '12 MOIS' OU '1 AN', DEMANDEZ: Est-ce que (NOM) avait eu son premier anniversaire ?</p> <p>PUIS DEMANDEZ: Exactement combien de mois avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ?</p> <p>INSCRIVEZ EN JOURS SI L'ENFANT A MOINS D'1 MOIS; EN MOIS, SI L'ENFANT A MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.</p>	
01	<p>NÉ VIVANT ..... 1</p> <p>MORT-NÉ ..... 2</p> <p>FAUSSE-COUCHE .... 3</p> <p>AVORTEMENT ..... 4</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 228)</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>N° LIGNE DU MÉNAGE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 223 LIGNE SUIVANTE)</p>	<p>JOUR 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 223 LIGNE SUIV.)</p>	
02	<p>NÉ VIVANT ..... 1</p> <p>MORT-NÉ ..... 2</p> <p>FAUSSE-COUCHE .... 3</p> <p>AVORTEMENT ..... 4</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 228)</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>N° LIGNE DU MÉNAGE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 223 LIGNE SUIVANTE)</p>	<p>JOUR 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 223 LIGNE SUIV.)</p>	
03	<p>NÉ VIVANT ..... 1</p> <p>MORT-NÉ ..... 2</p> <p>FAUSSE-COUCHE .... 3</p> <p>AVORTEMENT ..... 4</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 228)</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>N° LIGNE DU MÉNAGE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 223 LIGNE SUIVANTE)</p>	<p>JOUR 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 223 LIGNE SUIV.)</p>	

## SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
230	COMPAREZ 212 AVEC NOMBRE DE RÉSULTATS DE GROSSESSE DANS L'HISTORIQUE DE LA GROSSESSE  NOMBRE DANS HISTORIQUE GROSSESSE EST PLUS GRAND OU ÉGAL À 212 <input type="checkbox"/>	NOMBRE DANS HISTORIQUE GROSSESSE EST INFÉRIEUR À 212 <input type="checkbox"/>  (INSISTEZ ET CORRIGEZ)	
231	<p><b>C</b> POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2018-2023, INSCRIVEZ 'N' AU MOIS DE NAISSANCE DANS LE CALENDRIER. INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT À GAUCHE DU CODE 'N'. POUR CHAQUE NAISSANCE VIVANTE, DEMANDEZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS QUE LA GROSSESSE A DURÉ ET INSCRIVEZ 'G' À CHACUN DES MOIS PRÉCÉDENTS SELON LA DURÉE DE LA GROSSESSE. (NOTE: LE NOMBRE DE 'G' DOIT ÊTRE INFÉRIEUR DE 1 AU NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ.) POUR CHAQUE GROSSESSE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE EN 2018-2023, INSCRIVEZ 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS DE GROSSESSE. SI LA DURÉE DE LA GROSSESSE A ÉTÉ DÉCLARÉE EN SEMAINES, MULTIPLIEZ LE NOMBRE DE SEMAINES PAR 0,23 POUR CONVERTIR LE NOMBRE EN MOIS. ARRONDISSEZ AU NOMBRE ENTIER LE PLUS PROCHE POUR OBTENIR LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.</p>		
232	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛRE ..... 8	→ 236
233	De combien de semaines ou de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTREZ LE NOMBRE DE SEMAINES OU DE MOIS RÉVOLUS.  <p><b>C</b> INSCRIVEZ 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL DE MOIS RÉVOLUS. SI LA DURÉE DE LA GROSSESSE A ÉTÉ DÉCLARÉE EN SEMAINES, MULTIPLIEZ LE NOMBRE DE SEMAINES PAR 0,23 POUR CONVERTIR LE NOMBRE EN MOIS. ARRONDISSEZ AU NOMBRE ENTIER LE PLUS PROCHE POUR OBTENIR LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.</p>	SEMAINES ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/>  MOIS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	
234	Quand vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 236
235	VÉRIFIEZ 208 : NOMBRE TOTAL DE NAISSANCES VIVANTES  UNE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> a) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez plus d'enfant ? b) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas avoir d'enfant ?	PLUS TARD ..... 1 PLUS/AUCUN ..... 2	

## SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																
236	Quand vos dernières règles ont-elles commencé ?  _____ (DATE, SI DONNÉE)	IL Y A JOURS ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> IL Y A SEMAINES ..... 2 IL Y A MOIS ..... 3 IL Y A ANNÉES ..... 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE ..... 994 AVANT LA DERNIÈRE GROSSESSE ..... 995 JAMAIS EU DE RÈGLES ..... 996																	→ 240 → 241
237	VÉRIFIEZ 236 : EST-CE QUE LES DERNIÈRES RÈGLES ONT EU LIEU AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE ?  OUI, <input type="checkbox"/> AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE ↓ NON, <input type="checkbox"/> UNE ANNÉE OU PLUS		→ 240																
238	Durant vos dernières règles, qu'avez-vous utilisé pour recueillir ou absorber le sang des règles ?  Autre chose ?	SERVIETTES HYGIÉNIQUES RÉUTILISABLES A BANDES HYGIÉNIQUES JETABLES (USAGE UNIQUE) ..... B TAMPONS ..... C COUPE MENSTRUELLE ..... D TISSU ..... E PAPIER TOILETTE ..... F COTON ..... G SOUS-VÊTEMENT SEULEMENT ..... H  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) RIEN ..... Y																	
239	Durant vos dernières règles, est-ce que vous avez pu vous laver et vous changer en privé chez vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 LOIN DE LA MAISON PENDANT SES DERNIÈRES RÈGLES ..... 3																	
240	Quel âge aviez-vous quand vous avez eu vos premières règles ?	ÂGE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 98																	
241	Entre la période des règles et les règles suivantes, est-ce qu'il y a une période où les femmes ont plus de chances de tomber enceintes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛRE ..... 8	→ 243																
242	Est-ce que cette période se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles soient terminées ou bien au milieu de deux périodes de règles ?	JUSTE AVANT QUE LES RÈGLES NE COMMENCENT ..... 1 PENDANT LES RÈGLES ..... 2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES ..... 3 AU MILIEU, ENTRE DEUX PÉRIODES DE RÈGLES ..... 4  AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8																	
243	Après la naissance d'un enfant, est-ce qu'une femme peut tomber enceinte avant que ses règles ne soient revenues ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	

## SECTION 3. CONTRACEPTION

301	Je voudrais maintenant que nous parlions de la planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. Avez-vous déjà entendu parler d'une (MÉTHODE) ?		
01	Stérilisation féminine. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI .....	1
		NON .....	2
02	Stérilisation masculine. INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI .....	1
		NON .....	2
03	DIU. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin ou une infirmière leur place dans l'utérus pour leur éviter une grossesse pendant une année ou plus.	OUI .....	1
		NON .....	2
04	Injectables. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour leur éviter une grossesse pendant un mois ou plus.	OUI .....	1
		NON .....	2
05	Implants. INSISTEZ : Les femmes peuvent se faire insérer par un médecin ou une infirmière un bâtonnet ou plus sous la peau du haut du bras pour leur éviter une grossesse, pendant une année ou plus.	OUI .....	1
		NON .....	2
06	Pilule. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter une grossesse.	OUI .....	1
		NON .....	2
07	Condom. INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.	OUI .....	1
		NON .....	2
08	Condom féminin. INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI .....	1
		NON .....	2
09	Contraception d'urgence. INSISTEZ : Comme mesure d'urgence, les femmes peuvent prendre dans les 3 jours qui suivent des rapports sexuels non protégés des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes.	OUI .....	1
		NON .....	2
10	Méthode des Jours Fixes (MJF). INSISTEZ : Les femmes utilisent un collier de perles de couleurs différentes pour connaître les jours où elles peuvent tomber enceintes. Durant ces jours où elles peuvent tomber enceintes, elles utilisent un condom ou elles s'abstiennent de rapports sexuels.	OUI .....	1
		NON .....	2
11	Méthode de l'allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA). INSISTEZ : Pendant 6 mois après la naissance d'un enfant, avant que les règles ne soient revenues, les femmes utilisent une méthode qui demande d'allaiter fréquemment le jour et la nuit.	OUI .....	1
		NON .....	2
12	Méthode du rythme. INSISTEZ : Pour éviter une grossesse, les femmes n'ont pas de rapports sexuels les jours où elles pensent qu'elles peuvent tomber enceintes.	OUI .....	1
		NON .....	2
13	Retrait/Coït interrompu. INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI .....	1
		NON .....	2

SECTION 3. CONTRACEPTION

14	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes qu'une femme ou un homme peut utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI, MÉTHODE MODERNE _____ A (PRÉCISEZ) OUI, MÉTHODE TRADITIONNELLE _____ B (PRÉCISEZ) NON ..... Y
----	---	--

## SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
302	VÉRIFIEZ 232 :  PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE ↓	ENCEINTE <input type="checkbox"/>	→ 317
303	Est-ce que vous, ou votre partenaire, faites actuellement quelque chose ou est-ce que vous utilisez actuellement une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 307
304	Est-ce que vous, ou votre partenaire, êtes stérilisés ?  SI OUI : Qui est stérilisé, vous ou votre partenaire ?	OUI, ENQUÊTÉE STÉRILISÉE SEULEMENT ... 1 OUI, PARTENAIRE STÉRILISÉ SEULEMENT ..... 2 OUI, LES DEUX STÉRILISÉS ..... 3 NON, NI L'UN, NI L'AUTRE STÉRILISÉ ..... 4	→ 306
305	VÉRIFIEZ 304:  ENQUÊTÉE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉE SEULEMENT ↓  PASSEZ À 307. ENCERCLEZ CODE 'A' ET SUIVEZ L'INSTRUCTION DE PASSAGE.	PARTENAIRE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ SEULEMENT ↓  PASSEZ À 307. ENCERCLEZ CODE 'B' ET SUIVEZ L'INSTRUCTION DE PASSAGE.	LES DEUX <input type="checkbox"/> STÉRILISÉS ↓  PASSEZ À 307. ENCERCLEZ CODE 'A' ET CODE 'B' ET SUIVEZ L'INSTRUCTION DE PASSAGE.
306	Juste pour être sûre, est-ce que vous ou votre partenaire faites l'une des choses suivantes pour éviter une grossesse : éviter délibérément les rapports sexuels certains jours, utiliser un condom, pratiquer le retrait ou utiliser la contraception d'urgence ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 317
307	Quelle méthode utilisez-vous ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.  SI PLUS D'UNE MÉTHODE EST MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE ..... A STÉRILISATION MASCULINE ..... B DIU ..... C INJECTABLES ..... D IMPLANTS ..... E PILULE ..... F CONDOM ..... G CONDOM FÉMININ ..... H CONTRACEPTION D'URGENCE ..... I MÉTHODE DES JOURS FIXES ..... J MAMA ..... K MÉTHODE DU RYTHME ..... L RETRAIT ..... M AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... X AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE ..... Y	→ 312 → 314 → 314 → 310 → 311 → 314
308	Je vais vous montrer maintenant deux photos. Montrez-moi sur la photo ce qui ressemble le plus à ce qui a été utilisé la dernière fois que vous avez reçu votre méthode injectable.  MONTREZ DES PHOTOS DE SAYANA PRESS ET UNE SERINGUE NORMALE	DMPA-SC/SAYANA PRESS ..... 1 AIGUILLE ET SERINGUE ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 314
309	La dernière fois que vous avez reçu votre méthode injectable, est-ce que vous vous êtes injecté vous-même DMPA-SC/Sayana Press ou c'est un prestataire de santé qui l'a fait pour vous ?	AUTO-INJECTION ..... 1 INJECTION FAITE PAR PRESTATAIRE DE SANTÉ ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 314

## SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
310	<p>Quelle est la marque de pilule que vous utilisez actuellement ?</p> <p>SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.</p>	<p>OVRETTE ..... 01</p> <p>EXCLUTON ..... 02</p> <p>MICROLUT ..... 03</p> <p>MICROGYNON ..... 04</p> <p>DUOFEM ..... 05</p> <p>OVRAL ..... 06</p> <p>COMBINATION 3 ..... 07</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	→ 314
311	<p>Quelle est la marque de condom que vous utilisez actuellement ?</p> <p>SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.</p>	<p>PRUDENCE ..... 01</p> <p>OK ..... 02</p> <p>DOUBLE BUTTERFLY ..... 03</p> <p>INNOTEX ..... 04</p> <p>BENELUX ..... 05</p> <p>PROTECTOR ..... 06</p> <p>TRUST ..... 07</p> <p>KAMAX EURO ..... 08</p> <p>DAVIGNA ..... 09</p> <p>KAMATSURA ..... 10</p> <p>LATEX CONDOM ..... 11</p> <p>LATEX FACTORI ..... 12</p> <p>PREVANTOR ..... 13</p> <p>INDUS ..... 14</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	→ 314
312	<p>Dans quel établissement de soins a été effectuée la stérilisation ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT .</p>	<p><b>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL NATIONAL/ CLINIQUES UNIVERSITAIRES ..... 11</p> <p>HOPITAL PROVINCIAL ..... 12</p> <p>HOPITAL GENERAL DE REFERENCE .... 13</p> <p>CENTRE HOSPITALIER/ CENTRE DE SANTE DE REFERENCE .... 14</p> <p>CENTRE DE SANTE ..... 15</p> <p>POSTE DE SANTE/DISPENSAIRE ..... 16</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 19 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL ..... 21</p> <p>CLINIQUE/POLYCLINIQUE ..... 22</p> <p>CENTRE DE SANTE ..... 23</p> <p>MÉDECIN/CABINET MEDICAL ..... 24</p> <p>MATERNITE ..... 25</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 26</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 29 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG ..... 31</p> <p>CLINIQUE ONG ..... 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG _____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	

## SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
313	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"/>	→ 315
314	Depuis quel mois et quelle année utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?  INSISTEZ : Depuis combien de temps utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
315	VÉRIFIEZ 313 ET 314, ET 220 : UNE NAISSANCE VIVANTE, UN MORT-NÉ, UNE FAUSSE-COUCHE OU UN AVORTEMENT APRÈS MOIS ET ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 313 OU 314?  NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	RETOURNEZ À 313 OU 314, INSISTEZ ET INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE (QUI DOIT SE SITUER APRÈS LA DERNIÈRE NAISSANCE OU LA FIN DE LA DERNIÈRE GROSSESSE).	

## SECTION 3. CONTRACEPTION (OPTION CAPI)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
316	<p>VÉRIFIEZ 313 ET 314 :</p> <p>ANNÉE EST 2018-2023 <input type="checkbox"/></p> <p><b>C</b> INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE POUR LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION.</p> <p>ENSUITE CONTINUEZ</p>	<p>ANNÉE EST 2017 OU PLUS TÔT <input type="checkbox"/></p> <p><b>C</b> INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE POUR LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À JANVIER 2018.</p> <p>ENSUITE (ALLEZ À 329) ←</p>	
317	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les périodes où, durant ces dernières années, vous ou votre partenaire, avez utilisé une méthode pour éviter une grossesse.</p> <p><b>C</b> UTILISEZ LE CALENDRIER POUR VÉRIFIER LES PÉRIODES ANTÉRIEURES D'UTILISATION ET DE NON UTILISATION, EN COMMENÇANT PAR L'UTILISATION LA PLUS RÉCENTE, EN PARTANT DE JANVIER 2018. UTILISEZ LES NOMS DES ENFANTS, DATES DE NAISSANCE ET PÉRIODES DE GROSSESSE COMME DES POINTS DE RÉFÉRENCE.</p>		
317A	MOIS ET ANNÉE DU DÉBUT DE L'INTERVALLE D'UTILISATION OU DE NON UTILISATION.	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
317B	Entre (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) et (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE), avez-vous ou votre partenaire utilisé une méthode de contraception ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 317I
317C	Quelle était cette méthode ?	CODE MÉTHODE ..... <input type="text"/>	
317D	Combien de mois après (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE) ?  ENCERCLEZ '95' SI L'ENQUÊTÉE DONNE LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA	IMMÉDIATEMENT ..... 00 MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> DATE DONNÉE ..... 95	→ 317F
317E	INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE OÙ L'ENQUÊTÉE A COMMENCÉ À UTILISER LA MÉTHODE.	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
317F	Pendant combien de mois avez-vous utilisé (MÉTHODE) ? ENCERCLEZ '95' SI L'ENQUÊTÉE DONNE LA DATE DE FIN D'UTILISATION DE LA MÉTHODE.	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> DATE DONNÉE ..... 95	→ 317H
317G	INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE OÙ L'ENQUÊTÉE A ARRÊTÉ D'UTILISER LA MÉTHODE.	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
317H	Pourquoi avez-vous arrêté d'utiliser (MÉTHODE) ?	RAISON POUR AVOIR ARRÊTÉ ..... <input type="text"/>	
317I	RETOURNEZ À 317A POUR INTERRUPTION SUIVANTE; OU, SI PLUS D'INTERRUPTION, ALLEZ À 318.		

## SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
318	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé la contraception d'urgence ? Je veux dire est-ce que vous avez pris des pilules spéciales dans les 3 jours qui ont suivi des rapports sexuels non protégés pour éviter une grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
319	VÉRIFIEZ LE CALENDRIER POUR L'UTILISATION D'UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE À N'IMPORTE QUEL MOIS  AUCUNE MÉTHODE UTILISÉE <input type="checkbox"/> UNE MÉTHODE UTILISÉE <input type="checkbox"/>		→ 321
320	Avez-vous déjà utilisé quelque chose ou essayé par divers moyens de retarder ou d'éviter une grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 331
321	VÉRIFIEZ 307 :  ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE:  SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLE À 307, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	PAS DE CODE ENCERCLÉ ..... 00 STÉRILISATION FÉMININE ..... 01 STÉRILISATION MASCULINE ..... 02 DIU ..... 03 INJECTABLES ..... 04 IMPLANTS ..... 05 PILULE ..... 06 CONDOM ..... 07 CONDOM FÉMININ ..... 08 CONTRACEPTION D'URGENCE ..... 09 MÉTHODE DES JOURS FIXES ..... 10 MAMA ..... 11 MÉTHODE DU RYTHME ..... 12 RETRAIT ..... 13 AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... 95 AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE ..... 96	→ 331 → 324 → 332          → 332 → 332
322	Vous avez commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) en (DATE À 314). Où l'avez-vous obtenue à ce moment-là ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.	<b>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</b> HÔPITAL NATIONAL/ CLINIQUES UNIVERSITAIRES ..... 11 HOPITAL PROVINCIAL ..... 12 HOPITAL GENERAL DE REFERENCE .... 13 CENTRE HOSPITALIER/ CENTRE DE SANTE DE REFERENCE .... 14 CENTRE DE SANTE ..... 15 POSTE DE SANTE/DISPENSAIRE ..... 16 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN ..... 17 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 19 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL ..... 21 CLINIQUE/POLYCLINIQUE ..... 22 PHARMACIE ..... 23 CENTRE DE SANTE ..... 24 MÉDECIN/CABINET MEDICAL ..... 25 MATERNITE ..... 26 CLINIQUE MOBILE ..... 27 INFIRMIER AMBULANT ..... 28 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 29 (PRÉCISEZ)	

## SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
		<b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b> HÔPITAL ONG ..... 31 CLINIQUE ONG ..... 32 AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG ..... 36 (PRÉCISEZ)  <b>AUTRE SOURCE</b> BOUTIQUE ..... 41 INSTITUTION RELIGIEUSE ..... 42 AMIS/PARENTS ..... 43  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
323	À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'effets secondaires que vous pourriez avoir en utilisant cette méthode ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 325
324	Quand vous avez été stérilisée, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes que vous pourriez avoir à cause de la méthode ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
325	Vous a-t-on dit ce qu'il fallait faire si vous ressentiez ces effets secondaires ou ces problèmes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
326	À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pourriez utiliser ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
327	VÉRIFIEZ 307 :  ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE :  SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE EST ENCERCLÉ À 307, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE ..... 01 DIU ..... 03 INJECTABLES ..... 04 IMPLANTS ..... 05 PILULE ..... 06 CONDOM ..... 07 CONDOM FÉMININ ..... 08 CONTRACEPTION D'URGENCE ..... 09 MÉTHODE DES JOURS FIXES ..... 10 AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... 95	→ 332
328	À ce moment-là, est-ce qu'on vous a dit que vous pouviez opter pour une autre méthode si vous le souhaitiez ou parce que c'était nécessaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 330
329	VÉRIFIEZ 307 :  ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE :  SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLÉ À 307, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE ..... 01 STÉRILISATION MASCULINE ..... 02 DIU ..... 03 INJECTABLES ..... 04 IMPLANTS ..... 05 PILULE ..... 06 CONDOM ..... 07 CONDOM FÉMININ ..... 08 CONTRACEPTION D'URGENCE ..... 09 MÉTHODE DES JOURS FIXES ..... 10 MAMA ..... 11 MÉTHODE DU RYTHME ..... 12 RETRAIT ..... 13 AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... 95 AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE ..... 96	→ 332             → 332    → 332

## SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
330	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL NATIONAL/</p> <p>CLINIQUES UNIVERSITAIRES ..... 11</p> <p>HOPITAL PROVINCIAL ..... 12</p> <p>HOPITAL GENERAL DE REFERENCE .... 13</p> <p>CENTRE HOSPITALIER/</p> <p>CENTRE DE SANTE DE REFERENCE .... 14</p> <p>CENTRE DE SANTE ..... 15</p> <p>POSTE DE SANTE/DISPENSAIRE ..... 16</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/</p> <p>AGENT DE TERRAIN ..... 17</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 19</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL ..... 21</p> <p>CLINIQUE/POLYCLINIQUE ..... 22</p> <p>PHARMACIE ..... 23</p> <p>CENTRE DE SANTE ..... 24</p> <p>MÉDECIN/CABINET MEDICAL ..... 25</p> <p>MATERNITE ..... 26</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 27</p> <p>INFIRMIER AMBULANT ..... 28</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 29</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG ..... 31</p> <p>CLINIQUE ONG ..... 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG ..... 36</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... 41</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE ..... 42</p> <p>AMIS/PARENTS ..... 43</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 332</p>
331	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
332	<p>Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez reçu la visite d'un agent de santé ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>→ 334</p>
333	<p>Est-ce que l'agent de santé vous a parlé de planification familiale ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	

## SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
334	<p>VÉRIFIEZ 202 : ENFANTS VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/>                      NON <input type="checkbox"/></p> <p>a) Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même ou pour vos enfants ?</p> <p>b) Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>→ 401</p>
335	<p>Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement de soins vous a parlé de méthodes de planification familiale ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
401	VÉRIFIEZ 220 ET 225 : UN RÉSULTAT OU PLUS DE GROSSESSE 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/>	AUCUN RÉSULTAT DE GROSSESSE 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/>	→ 601
402	VÉRIFIEZ 220. LISTE DU NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DE LA GROSSESSE À 215 POUR CHAQUE RÉSULTAT DE GROSSESSE 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE, EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE. CLASSER CHAQUE RÉSULTAT DE GROSSESSE PAR TYPE EN UTILISANT 223 ET L'ORDRE DES RÉSULTATS DANS L'HISTORIQUE DE LA GROSSESSE. <b>TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE</b> NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE 1 NAISSANCE VIVANTE PRÉCÉDENTE 2 MORT-NÉ LE PLUS RÉCENT 3 MORT-NÉ PRÉCÉDENT 4 AVORTEMENT OU FAUSSE-COUCHE 5  NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/> TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE .. <input type="text"/> NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/> TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE .. <input type="text"/> NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/> TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE .. <input type="text"/> NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/> TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE .. <input type="text"/> NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/> TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE .. <input type="text"/> NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/> TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE .. <input type="text"/>		
403	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos grossesses qui ont eu lieu au cours des 3 dernières années. (Nous parlerons de chaque grossesse séparément, en commençant par la dernière).		
404	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DE LA GROSSESSE DE 402.	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DE LA GROSSESSE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
405	TYPE DE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE DE 402.	NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE ... 1 NAISSANCE VIVANTE PRÉCÉDENTE ..... 2 MORT-NÉ LE PLUS RÉCENT ..... 3 MORT-NÉ PRÉCÉDENT ..... 4 FAUSSE-COUCHE/AVORTEMENT ..... 5	→ 407
406	ENREGISTREZ LA DATE DE LA GROSSESSE QUI S'EST TERMINÉE À 220.	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 408
407	ENREGISTREZ NOM DE 218. NOM _____		
408	VÉRIFIEZ 405 : TYPE GROSSESSE 1 OU 2 <input type="checkbox"/> TYPE GROSSESSE 3, 4, OU 5 <input type="checkbox"/>  a) Quand vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ? b) Quand vous êtes tombée enceinte pendant la grossesse qui s'est terminée en (DATE DE 406), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 411

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
409	Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard, ou pas d'enfant du tout ?	PLUS TARD ..... 1 PAS D'ENFANT DU TOUT ..... 2		→ 411
410	Combien de temps de plus vouliez-vous attendre ?	MOIS ..... 1 ANNÉES ..... 2 NE SAIT PAS ..... 998	<input type="text"/>	<input type="text"/>
411	VÉRIFIEZ 405 : TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE	NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE .. 1 NAISSANCE VIVANTE PRÉCÉDENTE .... 2 MORT-NÉ LE PLUS RÉCENT ..... 3 MORT-NÉ PRÉCÉDENT ..... 4 FAUSSE-COUCHE/AVORTEMENT ..... 5		→ 434 → 434 → 475
412	Avez-vous vu quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2		→ 414
413	VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT DE GROSSESSE NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 420) ←	MORT-NÉ <input type="checkbox"/> LE PLUS RÉCENT		→ 426
414	Qui avez-vous vu ?  Quelqu'un d'autre ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	<b>PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ</b> MÉDECIN ..... A INFIRMIER(ÈRE)/SAGE-FEMME ..... B  <b>AUTRE PERSONNEL</b> ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE .... C AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN ..... D  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)		
415	Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette grossesse ?  Pas d'autre endroit ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ 'X' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.	<b>MAISON</b> SA MAISON ..... A AUTRE MAISON ..... B  <b>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</b> HÔPITAL NATIONAL/ CLINIQUES UNIVERSITAIRES ..... C HOPITAL PROVINCIAL ..... D HOPITAL GÉNÉRAL DE RÉFÉRENCE .... E CENTRE HOSPITALIER/ CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE .... F CENTRE DE SANTÉ ..... G POSTE DE SANTÉ/DISPENSAIRE ..... H AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ I (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL ..... J CLINIQUE/POLYCLINIQUE ..... K CENTRE DE SANTÉ ..... L MÉDECIN/CABINET MÉDICAL ..... M MATERNITE ..... N CLINIQUE MOBILE ..... O AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ P (PRÉCISEZ)		

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/>	<input type="text"/>																																				
		<b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b> HÔPITAL ONG ..... Q CLINIQUE ONG ..... R AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG _____ S (PRÉCISEZ) AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)																																					
416	De combien de semaines ou de mois étiez-vous enceinte quand vous avez reçu vos premiers soins prénatals pour cette grossesse ?	SEMAINES ..... 1 <input type="text"/> MOIS ..... 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 998																																					
417	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous reçu des soins prénatals ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98																																					
418	Dans le cadre de vos soins prénatals durant cette grossesse, est-ce qu'un prestataire de santé a effectué l'un des actes suivants :	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Mesurer votre pression artérielle ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) Effectuer un prélèvement d'urine ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) Effectuer un prélèvement sanguin ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) Écouter les battements cardiaques du bébé ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) Parler avec vous des aliments ou de la quantité de nourriture que vous devriez manger ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f) Parler avec vous de l'allaitement ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>g) Demander si vous aviez eu des saignements vaginaux ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>h) Administrer le Vaccin contre le tétanos?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) Mesurer votre pression artérielle ?	1	2	8	b) Effectuer un prélèvement d'urine ?	1	2	8	c) Effectuer un prélèvement sanguin ?	1	2	8	d) Écouter les battements cardiaques du bébé ?	1	2	8	e) Parler avec vous des aliments ou de la quantité de nourriture que vous devriez manger ?	1	2	8	f) Parler avec vous de l'allaitement ?	1	2	8	g) Demander si vous aviez eu des saignements vaginaux ?	1	2	8	h) Administrer le Vaccin contre le tétanos?	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																																				
a) Mesurer votre pression artérielle ?	1	2	8																																				
b) Effectuer un prélèvement d'urine ?	1	2	8																																				
c) Effectuer un prélèvement sanguin ?	1	2	8																																				
d) Écouter les battements cardiaques du bébé ?	1	2	8																																				
e) Parler avec vous des aliments ou de la quantité de nourriture que vous devriez manger ?	1	2	8																																				
f) Parler avec vous de l'allaitement ?	1	2	8																																				
g) Demander si vous aviez eu des saignements vaginaux ?	1	2	8																																				
h) Administrer le Vaccin contre le tétanos?	1	2	8																																				
419	VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT GROSSESSE	NAISSANCE VIVANTE <input type="checkbox"/> LA PLUS RÉCENTE ↓	MORT-NÉ <input type="checkbox"/> → 426 LE PLUS RÉCENT																																				
420	Durant cette grossesse, est-ce que l'on vous a fait une injection dans le bras pour éviter au bébé de contracter le tétanos après la naissance ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 423																																				
421	Durant cette grossesse, combien de fois vous a-t-on fait une injection contre le tétanos ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8																																					
422	VÉRIFIEZ 421 :	UNE FOIS OU NSP ↓ <input type="checkbox"/>	DEUX FOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> → 426																																				
423	À n'importe quel moment avant cette grossesse, vous a-t-on fait des injections contre le tétanos ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 426																																				
424	Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu une injection contre le tétanos ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> SI 7 FOIS OU PLUS ENREGISTREZ NE SAIT PAS ..... 8																																					

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>	
425	VÉRIFIEZ 424 :  SEULE- MENT UNE <input type="text"/> FOIS ↓  a) Il y a combien d'années que vous avez reçu cette injection contre le tétanos ?	PLUS D'UNE <input type="text"/> FOIS ↓  b) Il y a combien d'années que vous avez reçu la dernière injection contre le tétanos avant cette grossesse ?  IL Y A ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
426	Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez- vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ?  MONTREZ LES COMPRIMÉS/SIROP/ SUPPLÉMENTS MICRONUTRIMENTS	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	<input type="checkbox"/> → 429
427	Où avez-vous obtenu les comprimés de fer ou le sirop contenant du fer ?  Quelque part d'autre ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SOURCE.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ OU UNE ONG, ENREGISTREZ 'X' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE/DES ENDROIT.	<b>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</b> HÔPITAL NATIONAL/ CLINIQUES UNIVERSITAIRES ..... A HOPITAL PROVINCIAL ..... B HOPITAL GENERAL DE REFERENCE .... C CENTRE HOSPITALIER/ CENTRE DE SANTE DE REFERENCE .... D CENTRE DE SANTE ..... E POSTE DE SANTE/DISPENSAIRE ..... F AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN ..... G AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... H _____ (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL ..... I CLINIQUE/POLYCLINIQUE ..... J PHARMACIE ..... K CENTRE DE SANTE ..... L MÉDECIN/CABINET MEDICAL ..... M MATERNITE ..... N CLINIQUE MOBILE ..... O INFIRMIER AMBULANT ..... P AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... Q _____ (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b> HÔPITAL ONG ..... R CLINIQUE ONG ..... S AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG ..... T _____ (PRÉCISEZ)  <b>AUTRE SOURCE</b> BOUTIQUE ..... U MARCHÉ ..... V  <b>AUTRE</b> ..... X _____ (PRÉCISEZ)	

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/>	<input type="text"/>
428	Pendant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ? DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	JOURS ..... <input type="text"/>	
		NE SAIT PAS ..... 998	
429	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
431	Durant cette grossesse, avez-vous pris de la SP/Fansidar pour éviter le paludisme ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 434
432	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la SP/Fansidar ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	
433	Vous a-t-on donné la SP/Fansidar durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé ou l'avez-vous obtenue ailleurs ? SI PLUS D'UNE SOURCE, INSCRIVEZ LA PREMIÈRE SOURCE DE LA LISTE.	VISITE PRÉNATALE ..... 1 AUTRE VISITE DANS ÉTABLIS. DE SANTÉ .. 2 AILLEURS ..... 6	
434	VÉRIFIEZ 405: TYPE GROSSESSE <input type="checkbox"/> 1 OU 2 ↓ a) Qui vous a assisté durant l'accouchement de (NOM) ? Quelqu'un d'autre ? TYPE GROSSESSE <input type="checkbox"/> 3 OU 4 ↓ b) Qui a assisté l'accouchement de l'enfant mort-né que vous avez eu en (DATE DE 406) ? INSISTEZ POUR LE/LES TYPES DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI L'ENQUÊTÉE DÉCLARE QUE PERSONNE N'A ASSISTÉ L'ACCOUCHEMENT, INSISTEZ POUR DÉTERMINER SI DES ADULTES ÉTAIENT PRÉSENTS À L'ACCOUCHEMENT.	<b>PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ</b> MÉDECIN ..... A INFIRMIER(ÈRE)/SAGE-FEMME ..... B <b>AUTRE PERSONNEL</b> ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE .... C PARENTS/AMIS ..... D COMPAGNON DE NOTRE CHOIX ..... E AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) PERSONNE N'A ASSISTÉ ..... Y	

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE	
435	<p>VÉRIFIEZ 405:</p> <p>TYPE GROSSESSE <input type="checkbox"/> 1 OU 2      TYPE GROSSESSE <input type="checkbox"/> 3 OU 4</p> <p>a) Où avez-vous accouché de (NOM) ?      b) Où a eu lieu l'accouchement de cet enfant mort-né ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>MAISON</b></p> <p>SA MAISON ..... 11</p> <p>AUTRE MAISON ..... 12</p> <p><b>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL NATIONAL/ CLINIQUES UNIVERSITAIRES ..... 21</p> <p>HOPITAL PROVINCIAL ..... 22</p> <p>HOPITAL GENERAL DE REFERENCE .... 23</p> <p>CENTRE HOSPITALIER/ CENTRE DE SANTE DE REFERENCE .... 24</p> <p>CENTRE DE SANTE ..... 25</p> <p>POSTE DE SANTE/DISPENSAIRE ..... 26</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 29</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL ..... 31</p> <p>CLINIQUE/POLYCLINIQUE ..... 32</p> <p>CENTRE DE SANTE ..... 33</p> <p>MÉDECIN/CABINET MEDICAL ..... 34</p> <p>MATERNITE ..... 35</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 36</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 39</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG ..... 41</p> <p>CLINIQUE ONG ..... 42</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG ..... 46</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 437</p> <p>→ 437</p>
436	<p>VÉRIFIEZ 405:</p> <p>TYPE GROSSESSE <input type="checkbox"/> 1 OU 2      TYPE GROSSESSE <input type="checkbox"/> 3 OU 4</p> <p>a) Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne, c'est-à-dire que l'on vous a ouvert le ventre pour faire sortir le bébé ?      b) Est-ce que l'accouchement de cet enfant mort-né a eu lieu par césarienne, c'est-à-dire qu'on a ouvert votre ventre pour sortir le bébé ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
437	VÉRIFIEZ 405 : TYPE DE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE	<p>NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE .. 1</p> <p>NAISSANCE VIVANTE PRÉCÉDENTE .... 2</p> <p>MORT-NÉ LE PLUS RÉCENT ..... 3</p> <p>MORT-NÉ PRÉCÉDENT ..... 4</p>	<p>→ 441</p> <p>→ 445</p> <p>→ 487</p>
438	Après la naissance, est-ce qu'on a posé (NOM) sur votre poitrine ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>→ 441</p>

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
439	Est-ce que la peau de (NOM) touchait votre peau ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		→ 441
440	Combien de temps après la naissance, (NOM) a -t-il été posé peau contre peau sur votre poitrine ? INSISTEZ POUR AVOIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE. SI MOINS D'1 HEURE, ENREGISTREZ '00' HEURE ; SI 24 HEURES OU PLUS, ENREGISTREZ 24	IMMÉDIATEMENT ..... 00  HEURES ..... 1 <input type="text"/>	<input type="text"/>	
441	Quand (NOM) est né, était-il/elle très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne ou très petit ?	TRÈS GROS ..... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ..... 2 MOYEN ..... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ..... 4 TRÈS PETIT ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8		
442	(NOM) a-t-il /elle été pesé (e) à la naissance ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		→ 444
443	Combien (NOM) pesait-il/elle ?  INSCRIVEZ LE POIDS EN KILOGRAMMES À PARTIR DU CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 9998		
444	VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT DE GROSSESSE			
	NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE <input type="checkbox"/>	NAISSANCE VIVANTE PRÉCÉDENTE <input type="checkbox"/>		→ 480
445	VÉRIFIEZ 435 : LIEU D'ACCOUCHEMENT			
	NAISSANCE ÉTABLISSEMENT: UN CODE 21 À 46 ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE 11, 12, OU 96 ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>		→ 464
447	VÉRIFIEZ 405:			
	TYPE GROSSESSE 1 <input type="checkbox"/>	TYPE GROSSESSE 3 <input type="checkbox"/>		
	a) Combien de temps après l'accouchement de (NOM) êtes-vous restée dans (ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ À Q.435) ?	b) Pour l'enfant mort-né que vous avez eu en (DATE DE 406), pendant combien de temps après la naissance êtes-vous restée dans (ÉTABLISSEMENT À 435) ?		
	SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.		HEURES ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 998	

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/>	<input type="text"/>
448	Je voudrais vous parler maintenant des contrôles de votre santé après l'accouchement comme par exemple, quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou qui vous a examinée.  Avant que vous ne quittiez l'établissement de santé, est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 451
449	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ?  SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.	HEURES ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 998	
450	Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?  INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	<b>PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 11 INFIRMIER(ÈRE)/SAGE-FEMME ..... 12  <b>AUTRE PERSONNEL</b> ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE .... 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN ..... 22  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
451	VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT DE GROSSESSE  NAISSANCE VIVANTE <input type="checkbox"/> LA PLUS RÉCENTE ↓	MORT-NÉ <input type="checkbox"/> LE PLUS RÉCENT →	→ 455
452	Je voudrais maintenant vous parler des contrôles de la santé de (NOM)--par exemple, quelqu'un qui a examiné (NOM), vérifié le cordon ou parlé avec vous des soins à donner à (NOM).  Avant que (NOM) ne quitte l'établissement de santé, est-ce que quelqu'un a examiné l'état de santé de (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 455
453	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen de (NOM) ?  SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.	HEURES ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 998	
454	Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?  INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	<b>PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 11 INFIRMIER(ÈRE)/SAGE-FEMME ..... 12  <b>AUTRE PERSONNEL</b> ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE .... 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN ..... 22  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE	
455	Je voudrais maintenant vous parler de ce qui s'est passé après votre départ de l'établissement. Est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé après avoir quitté l'établissement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 459
456	Combien de temps après l'accouchement cet examen a-t-il eu lieu ?  SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.	HEURES ..... 1 JOURS ..... 2 SEMAINES ..... 3 NE SAIT PAS ..... 998	
457	Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?  INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	<b>PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 11 INFIRMIER(ÈRE)/SAGE-FEMME ..... 12  <b>AUTRE PERSONNEL</b> ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE .... 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN ..... 22  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
458	Où a eu lieu l'examen ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.	<b>MAISON</b> SA MAISON ..... 11 AUTRE MAISON ..... 12  <b>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</b> HÔPITAL NATIONAL/ CLINIQUES UNIVERSITAIRES ..... 21 HOPITAL PROVINCIAL ..... 22 HOPITAL GENERAL DE REFERENCE .... 23 CENTRE HOSPITALIER/ CENTRE DE SANTE DE REFERENCE .... 24 CENTRE DE SANTE ..... 25 POSTE DE SANTE/DISPENSAIRE ..... 26 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 29 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL ..... 31 CLINIQUE/POLYCLINIQUE ..... 32 CENTRE DE SANTE ..... 33 MÉDECIN/CABINET MEDICAL ..... 34 MATERNITE ..... 35 CLINIQUE MOBILE ..... 36 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 39 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b> HÔPITAL ONG ..... 41 CLINIQUE ONG ..... 42 AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG _____ 46 (PRÉCISEZ)  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
459	VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT DE GROSSESSE			
	NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE <input type="checkbox"/>	MORT-NÉ <input type="checkbox"/> LE PLUS RÉCENT	→ 474	
460	Après que (NOM) a quitté [ÉTABLISSEMENT DE SOINS À 435], est-ce qu'un prestataire de santé ou une accoucheuse traditionnelle a examiné l'état de santé de (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 473	
461	Combien de temps après la naissance de (NOM) cet examen a-t-il eu lieu ?  SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.	HEURES ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 998		
462	Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?  INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	<b>PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 11 INFIRMIER(ÈRE)/SAGE-FEMME ..... 12  <b>AUTRE PERSONNEL</b> ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE ..... 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN ..... 22 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)		
463	Où a eu lieu l'examen de (NOM) ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.	<b>MAISON</b> SA MAISON ..... 11 AUTRE MAISON ..... 12  <b>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</b> HÔPITAL NATIONAL/ CLINIQUES UNIVERSITAIRES ..... 21 HOPITAL PROVINCIAL ..... 22 HOPITAL GENERAL DE REFERENCE ..... 23 CENTRE HOSPITALIER/ CENTRE DE SANTE DE REFERENCE ..... 24 CENTRE DE SANTE ..... 25 POSTE DE SANTE/DISPENSAIRE ..... 26 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 29 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL ..... 31 CLINIQUE/POLYCLINIQUE ..... 32 CENTRE DE SANTE ..... 33 MÉDECIN/CABINET MEDICAL ..... 34 MATERNITE ..... 35 CLINIQUE MOBILE ..... 36 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 39 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b> HÔPITAL ONG ..... 41 CLINIQUE ONG ..... 42 AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG _____ 46 (PRÉCISEZ)  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	→ 473	

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>	
464	<p>VÉRIFIEZ 405:</p> <p>TYPE GROSSESSE <input type="checkbox"/> 1</p> <p>TYPE GROSSESSE <input type="checkbox"/> 3</p> <p>a) Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu'un a vérifié votre état de santé après la naissance de (NOM) ?</p> <p>b) Je voudrais vous parler des vérifications de votre état de santé après l'accouchement, par exemple, quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou qui vous a examinée. Est-ce que quelqu'un vous a examinée après avoir accouché de l'enfant mort-né que vous avez eu en (DATE DE 406) ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 468
465	<p>Combien de temps après l'accouchement cet examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>JOURS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SEMAINES ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p>	
466	<p>Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p><b>PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ</b></p> <p>MÉDECIN ..... 11</p> <p>INFIRMIER(ÈRE)/SAGE-FEMME ..... 12</p> <p><b>AUTRE PERSONNEL</b></p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE .... 21</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN ..... 22</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
467	<p>Où a eu lieu ce premier examen ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>MAISON</b></p> <p>SA MAISON ..... 11</p> <p>AUTRE MAISON ..... 12</p> <p><b>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL NATIONAL/ CLINIQUES UNIVERSITAIRES ..... 21</p> <p>HOPITAL PROVINCIAL ..... 22</p> <p>HOPITAL GENERAL DE REFERENCE .... 23</p> <p>CENTRE HOSPITALIER/ CENTRE DE SANTE DE REFERENCE .... 24</p> <p>CENTRE DE SANTE ..... 25</p> <p>POSTE DE SANTE/DISPENSAIRE ..... 26</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 29 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL ..... 31</p> <p>CLINIQUE/POLYCLINIQUE ..... 32</p> <p>CENTRE DE SANTE ..... 33</p> <p>MÉDECIN/CABINET MEDICAL ..... 34</p> <p>MATERNITE ..... 35</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 36</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 39 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG ..... 41</p> <p>CLINIQUE ONG ..... 42</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG _____ 46 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>								
468	<p>VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT DE GROSSESSE</p> <p>NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE <input type="checkbox"/></p>	<p>MORT-NÉ <input type="checkbox"/></p> <p>LE PLUS RÉCENT</p>		→ 474						
469	<p>Je voudrais vous parler du contrôle de la santé de (NOM) -- par exemple, quelqu'un qui a examiné (NOM), vérifié le cordon ou qui vous a parlé des soins à donner à (NOM).</p> <p>Après que (NOM) est né, est-ce qu'un prestataire de santé ou une accoucheuse traditionnelle a examiné l'état de santé de (NOM) ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>		→ 473						
470	<p>Combien de temps après la naissance de (NOM) cet examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES ..... 1</p> <p>JOURS ..... 2</p> <p>SEMAINES ..... 3</p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p>	<table border="1"> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>									
<input type="text"/>	<input type="text"/>									
<input type="text"/>	<input type="text"/>									

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE		
471	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p><b>PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ</b>  MÉDECIN ..... 11  INFIRMIER(ÈRE)/SAGE-FEMME ..... 12</p> <p><b>AUTRE PERSONNEL</b>  ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE .... 21  AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/  AGENT DE TERRAIN ..... 22</p> <p>AUTRE _____ 96  (PRÉCISEZ)</p>		
472	<p>Où a eu lieu le premier examen de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>MAISON</b>  SA MAISON ..... 11  AUTRE MAISON ..... 12</p> <p><b>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</b>  HÔPITAL NATIONAL/  CLINIQUES UNIVERSITAIRES ..... 21  HOPITAL PROVINCIAL ..... 22  HOPITAL GENERAL DE REFERENCE .... 23  CENTRE HOSPITALIER/  CENTRE DE SANTE DE REFERENCE .... 24  CENTRE DE SANTE ..... 25  POSTE DE SANTE/DISPENSAIRE ..... 26  AUTRE SECTEUR  PUBLIC _____ 29  (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b>  HÔPITAL ..... 31  CLINIQUE/POLYCLINIQUE ..... 32  CENTRE DE SANTE ..... 33  MÉDECIN/CABINET MEDICAL ..... 34  MATERNITE ..... 35  CLINIQUE MOBILE ..... 36  AUTRE SECTEUR MÉDICAL  PRIVÉ _____ 39  (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b>  HÔPITAL ONG ..... 41  CLINIQUE ONG ..... 42  AUTRE SECTEUR MÉDICAL  ONG _____ 46  (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96  (PRÉCISEZ)</p>		
473	<p>Au cours des 2 jours suivant la naissance de (NOM), est-ce qu'un prestataire de santé a fait l'une des choses suivantes ?</p> <p>a) Il a examiné le cordon ?</p> <p>b) Il a vérifié la température de (NOM) ?</p> <p>c) Il vous a dit comment reconnaître si votre bébé a besoin d'une attention médicale immédiate ?</p> <p>d) Il a parlé avec vous de l'allaitement maternel ?</p> <p>e) Il a observé (NOM) en train d'être allaité pour voir si vous le faisiez correctement?</p>		<p>OUI NON NSP</p> <p>a) CORDON ..... 1 2 8</p> <p>b) TEMPERATURE ..... 1 2 8</p> <p>c) ATTENTION MÉDICALE .... 1 2 8</p> <p>d) PARLÉ ALLAITEMENT .... 1 2 8</p> <p>e) OBSERVÉ ALLAITEMENT .. 1 2 8</p>	

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
474	Durant les 2 premiers jours après la naissance, est-ce qu'un prestataire de santé a effectué l'un des actes suivants :			
			OUI	NON
	a) Mesurer votre pression artérielle ?	a) PRESSION ARTÉRIELLE . . . .	1	2
	b) Parler de vos saignements vaginaux ?	b) SAIGNEMENTS . . . . .	1	2
	c) Discuter de planification familiale avec vous ?	c) PLANIFICATION FAMILIALE . .	1	2
475	VÉRIFIEZ 215 : CETTE GROSSESSE EST-ELLE LA DERNIÈRE GROSSESSE DE LA FEMME ?			
	OUI <input type="checkbox"/>			
	NON <input type="checkbox"/>			→ 479
476	VÉRIFIEZ 405 :			
	GROSSESSE TYPE 1 <input type="checkbox"/>	GROSSESSE TYPE 3 OU 5 <input type="checkbox"/>		
	a) Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ?	b) Est-ce que vos règles sont revenues depuis la grossesse qui s'est terminée en (DATE DE 406) ?	OUI . . . . .	1
			NON . . . . .	2
477	VÉRIFIEZ 232 : L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ENCEINTE ?			
	PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/>			
		ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/>		→ 479
478	VÉRIFIEZ 405 :			
	GROSSESSE TYPE 1 <input type="checkbox"/>	GROSSESSE TYPE 3 OU 5 <input type="checkbox"/>		
	a) Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	b) Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la grossesse qui s'est terminée (DATE DE 406) ?	OUI . . . . .	1
			NON . . . . .	2
479	VÉRIFIEZ 405 : TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE			
		NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE . .	1	
		MORT-NÉ LE PLUS RÉCENT . . . . .	3	→ 487
		FAUSSE-COUCHE/AVORTEMENT . . . . .	5	
480	Avez-vous allaité (NOM) ?			
		OUI . . . . .	1	→ 482
		NON . . . . .	2	
481	VÉRIFIEZ 224 POUR L'ENFANT:			
		VIVANT <input type="checkbox"/>		→ 486
		DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>		→ 487
482	Combien de temps après la naissance, avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ?			
	SI MOINS D'1 HEURE, INSCRIVEZ '00' HEURE;	IMMÉDIATEMENT . . . . .	000	
	SI MOINS DE 24 HEURES, INSCRIVEZ EN HEURES;	HEURES . . . . .	1	<input type="text"/>
	SINON, INSCRIVEZ EN JOURS.	JOURS . . . . .	2	<input type="text"/>
483	Dans les 2 premiers jours après l'accouchement, a-t-on donné à (NOM) autre chose que le lait maternel pour boire ou manger-quelque chose comme de l'eau, eau sucrée ou substitut du lait maternel (Nan, Guigoz, France lait, Nursie, ...)?			
		OUI . . . . .	1	
		NON . . . . .	2	

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
484	VÉRIFIEZ 224 POUR L'ENFANT :				
	VIVANT <input type="checkbox"/>	DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	→ 487		
485	Allaitiez-vous encore (NOM) ?	OUI .....	1		
		NON .....	2		
486	(NOM) a-t-il bu quelque chose au biberon hier durant la journée ou la nuit ?	OUI .....	1		
		NON .....	2		
		NE SAIT PAS .....	8		
487	VÉRIFIEZ 402 : PAS D'AUTRES RÉSULTATS DE GROSSESSE 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE ?				
	AUTRES RÉSULTATS DE GROSSESSE 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/>	PAS D'AUTRES RÉSULTATS DE GROSSESSE 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/>	→ 501		
	(ALLEZ À 404 POUR LE PROCHAIN RÉSULTAT DE GROSSESSE) ←				

## SECTION 5. VACCINATION DES ENFANTS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
501	VÉRIFIEZ 220, 224 ET 225 DANS HISTORIQUE DES GROSSESSES : Y A-T-IL UN ENFANT SURVIVANT NÉ 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE?  UN ENFANT SURVIVANT OU PLUS NÉ 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/>	AUCUN ENFANT SURVIVANT NÉ 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/>	→ 601
502	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé de vos enfants nés dans les 3 dernières années. (Nous parlerons de chaque enfant séparément, en commençant par le plus jeune).		
503	ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DE LA GROSSESSE DE 215 ET 218 DE L'ENFANT SURVIVANT NÉ 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE, EN COMMENÇANT PAR LE DERNIER.  NOM DE L'ENFANT _____ NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>		
504	Avez-vous une carte ou un autre document où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, A SEULEMENT UNE CARTE ..... 1 OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT ..... 2 OUI, A UNE CARTE ET UN AUTRE DOCUMENT ..... 3 NON, PAS DE CARTE ET PAS D'AUTRE DOCUMENT ..... 4	→ 507 → 507
505	Avez-vous déjà eu une carte de vaccination pour (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
506	VÉRIFIEZ 504 :  CODE '2' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE '4' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	→ 513
507	Puis-je voir la carte ou un autre document sur lequel les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, SEULEMENT CARTE VUE ..... 1 OUI, SEULEMENT AUTRE DOCUMENT VU .. 2 OUI, CARTE ET AUTRE DOCUMENT VUS .. 3 NI CARTE NI AUTRE DOCUMENT VUS .... 4	→ 513
508	ENREGISTREZ LA DATE DE NAISSANCE DE (NOM) DE LA CARTE DE VACCINATION OU D'UN AUTRE DOCUMENT.	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PAS DE DATE DE NAISSANCE SUR CARTE 95	

SECTION 5. VACCINATION DES ENFANTS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																																																																																																																																								
	NOM DE L'ENFANT _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																																																																																																																																																									
509	<p>RECOPIEZ LES DATES DES VACCINATIONS DE LA CARTE DE (NOM). INSCRIVEZ '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LA CARTE MONTRE QU'UNE DOSE A ÉTÉ DONNÉE MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE. INSCRIVEZ '00' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LA CARTE EST VIDE POUR LA DOSE.</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:45%;"></th> <th style="width:10%;">JOUR</th> <th style="width:10%;">MOIS</th> <th style="width:10%;">ANNÉE</th> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: right;">BCG</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">VACCIN POLIO ORAL 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">PNEUMOCOQUE 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">ROTAVIRUS 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">VACCIN POLIO ORAL 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">PNEUMOCOQUE 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">ROTAVIRUS 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">VACCIN POLIO ORAL 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">PNEUMOCOQUE 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">ROTAVIRUS 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">VACCIN ANTIROUGEOLEUX (VAR)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">VACCIN ANTIAMARIL (VAA)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		JOUR	MOIS	ANNÉE					BCG								VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)								VACCIN POLIO ORAL 1								DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1								PNEUMOCOQUE 1								ROTAVIRUS 1								VACCIN POLIO ORAL 2								DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2								PNEUMOCOQUE 2								ROTAVIRUS 2								VACCIN POLIO ORAL 3								VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI)								DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3								PNEUMOCOQUE 3								ROTAVIRUS 3								VACCIN ANTIROUGEOLEUX (VAR)								VACCIN ANTIAMARIL (VAA)								VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)									
	JOUR	MOIS	ANNÉE																																																																																																																																																								
BCG																																																																																																																																																											
VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)																																																																																																																																																											
VACCIN POLIO ORAL 1																																																																																																																																																											
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1																																																																																																																																																											
PNEUMOCOQUE 1																																																																																																																																																											
ROTAVIRUS 1																																																																																																																																																											
VACCIN POLIO ORAL 2																																																																																																																																																											
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2																																																																																																																																																											
PNEUMOCOQUE 2																																																																																																																																																											
ROTAVIRUS 2																																																																																																																																																											
VACCIN POLIO ORAL 3																																																																																																																																																											
VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI)																																																																																																																																																											
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3																																																																																																																																																											
PNEUMOCOQUE 3																																																																																																																																																											
ROTAVIRUS 3																																																																																																																																																											
VACCIN ANTIROUGEOLEUX (VAR)																																																																																																																																																											
VACCIN ANTIAMARIL (VAA)																																																																																																																																																											
VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)																																																																																																																																																											
510	<p>DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉE LA PERMISSION DE PRENDRE UNE PHOTOGRAPHIE DE LA CARTE DE VACCINATION OU D'UN AUTRE DOCUMENT OÙ LES VACCINS SONT ENREGISTRÉS. SI LA PERMISSION EST ACCORDÉE, PHOTOGRAPHIEZ LA CARTE.</p>	<p>PHOTOGRAPHIE PRISE ..... 1            PHOTOGRAPHIE NON PRISE,            PERMISSION NON ACCORDÉE ..... 2            PHOTOGRAPHIE NON PRISE,            AUTRE RAISON _____ 6            (PRÉCISEZ)</p>																																																																																																																																																									
511	<p>VÉRIFIEZ 509 : 'BCG' À 'VAA' TOUS AVEC UNE DATE ENREGISTRÉE OU '44' ENREGISTRÉ DANS LA COLONNE 'JOUR' ?</p> <p style="text-align: center;">NON <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">OUI <input type="checkbox"/> → 529</p>																																																																																																																																																									

## SECTION 5. VACCINATION DES ENFANTS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE L'ENFANT _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>	
512	<p>En plus de ce qui est inscrit (sur ce/ces documents), (NOM) a-t-il/elle eu d'autres vaccins, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne de vaccination, de journées de vaccination ou de journées sur la santé de l'enfant ?</p> <p>INSCRIVEZ 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE AU MOINS UNE DES VACCINATIONS À 509 QUI N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE COMME AYANT ÉTÉ DONNÉE.</p>	<p>OUI ..... 1            (UTILISEZ LA LISTE DANS CAPI POUR SELECTIONNER LES AUTRES VACCINATIONS DONNÉES. NOTEZ QUE CAPI CHANGERA LA RÉPONSE À 509 DANS LA COLONNE 'JOUR' DE '00' À '66' POUR LES VACCINATIONS SELECTIONNÉES)            (PASSEZ ENSUITE À 529)</p> <p>NON ..... 2            NE SAIT PAS ..... 8</p>	
512A	<p>VÉRIFIEZ 509: AUCUNE VACCINATION ENREGISTRÉE SUR LA CARTE ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> PASSEZ À 529 ←</p> <p>NON <input type="checkbox"/> → 530</p>		
513	(NOM) a-t-il/elle reçu des vaccins pour éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus au cours de campagnes ou de journées de vaccination ou de journées de la santé de l'enfant ?	<p>OUI ..... 1            NON ..... 2            NE SAIT PAS ..... 8</p>	→ 530
514	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans l'avant-bras gauche qui laisse habituellement une cicatrice ?	<p>OUI ..... 1            NON ..... 2            NE SAIT PAS ..... 8</p>	
517	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin oral contre la polio, c'est-à-dire deux gouttes dans la bouche pour éviter la polio ?	<p>OUI ..... 1            NON ..... 2            NE SAIT PAS ..... 8</p>	→ 521
518	Est-ce que (NOM) a reçu le premier vaccin oral contre la polio (VPO 0) dans les 2 semaines après la naissance ou plus tard ?	<p>DEUX PREMIÈRES SEMAINES ..... 1            PLUS TARD ..... 2</p>	
519	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin oral contre la polio ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
520	La dernière fois que (NOM) a reçu des gouttes contre la polio, est-ce que (NOM) a aussi reçu une injection de VPI à la cuisse droite pour le/la protéger contre la polio ?	<p>OUI ..... 1            NON ..... 2            NE SAIT PAS ..... 8</p>	
521	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin Pentavalent c'est-à-dire une injection à la cuisse gauche, donné parfois en même temps que les gouttes du vaccin contre la polio pour éviter la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et l'hépatite B ?	<p>OUI ..... 1            NON ..... 2            NE SAIT PAS ..... 8</p>	→ 523
522	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin Pentavalent ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
523	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le pneumocoque, c'est-à-dire une injection à la cuisse droite pour éviter la pneumonie ?	<p>OUI ..... 1            NON ..... 2            NE SAIT PAS ..... 8</p>	→ 525

## SECTION 5. VACCINATION DES ENFANTS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE L'ENFANT _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>	
524	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le pneumocoque ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	
525	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le rotavirus, c'est-à-dire un liquide dans la bouche pour éviter la diarrhée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 527
526	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le rotavirus ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	
527	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la rougeole, c'est-à-dire une injection à l'épaule gauche pour lui éviter la rougeole ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 529
528	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre la rougeole ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	
528a	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la fièvre jaune, c'est-à-dire une injection à l'épaule droite à l'âge de 9 mois ou plus pour l'empêcher d'attraper la fièvre jaune ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 529
528b	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre la fièvre jaune ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	
529	Où (NOM) a-t-il reçu la plupart de ses vaccins ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.	<b>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</b> HÔPITAL NATIONAL/ CLINIQUES UNIVERSITAIRES ..... 11 HOPITAL PROVINCIAL ..... 12 HOPITAL GENERAL DE REFERENCE ..... 13 CENTRE HOSPITALIER/ CENTRE DE SANTE DE REFERENCE ..... 14 CENTRE DE SANTE ..... 15 POSTE DE SANTE/DISPENSAIRE ..... 16 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN ..... 17 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 19 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL ..... 21 CLINIQUE/POLYCLINIQUE ..... 22 PHARMACIE ..... 23 CENTRE DE SANTE ..... 24 MÉDECIN/CABINET MEDICAL ..... 25 MATERNITE ..... 26 CLINIQUE MOBILE ..... 27 INFIRMIER AMBULANT ..... 28 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 29 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b> HÔPITAL ONG ..... 31 CLINIQUE ONG ..... 32 AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG ..... 36 (PRÉCISEZ)  <b>AUTRE SOURCE</b> [CAMPAGNE VACCINATION] ..... 41  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	

## SECTION 5. VACCINATION DES ENFANTS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE L'ENFANT _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>	
530	<p>VÉRIFIEZ 220 ET 224 DANS HISTORIQUE DES GROSSESSES : Y A-T-IL D'AUTRES ENFANTS SURVIVANTS NÉS 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE ?</p> <p>D'AUTRES ENFANTS SURVIVANTS NÉS 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 503 POUR ENFANT SURVIVANT SUIVANT) ←</p>	<p>PAS D'AUTRE ENFANT SURVIVANT NÉ 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/></p> <p>→</p>	601

## SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																
601	VÉRIFIEZ 220, 224, ET 225 DANS L'HISTORIQUE DES GROSSESSES : Y A-T-IL UN ENFANT SURVIVANT NÉ 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE ?  UN ENFANT SURVIVANT OU PLUS NÉ 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/>	PAS D'ENFANT SURVIVANT NÉ 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/>	643																
602	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé de vos enfants nés dans les 5 dernières années. (Nous parlerons de chaque enfant séparément, en commençant par le plus jeune).																		
603	ENREGISTREZ LE NOM DE 218 ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES GROSSESSES DE 215 DE L'ENFANT SURVIVANT NÉ 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE, EN COMMENÇANT PAR LE DERNIER.  NOM DE L'ENFANT _____ NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/>																		
604	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que l'on a donné à (NOM) l'une des choses suivantes :  a) Du fer sous forme de comprimé ou de sirop ? b) MULTI-MICRONUTRIMENT SOUS FORME DE POUDRE (VITAMINE EN POUDRE) ?  MONTREZ LES TYPES COURANTS DE COMPRIMÉS/SIROPS/ MULTI-MICRONUTRIMENTS SOUS FORME DE POUDRE.	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) COMPRIMÉS/SIROP</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) MULTI-MICRONUTRIMENT SOUS FORME DE POUDRE (VITAMINE EN POUDRE)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) COMPRIMÉS/SIROP	1	2	8	b) MULTI-MICRONUTRIMENT SOUS FORME DE POUDRE (VITAMINE EN POUDRE)	1	2	8					
	OUI	NON	NSP																
a) COMPRIMÉS/SIROP	1	2	8																
b) MULTI-MICRONUTRIMENT SOUS FORME DE POUDRE (VITAMINE EN POUDRE)	1	2	8																
605	Au cours des 6 derniers mois, a-t-on donné à (NOM) une dose de vitamine A comme l'une de celles-ci ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS DE CAPSULES.	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NE SAIT PAS</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2	NE SAIT PAS	8	606										
OUI	1																		
NON	2																		
NE SAIT PAS	8																		
605a	A quelle(s) occasion(s) ?	<table> <tbody> <tr> <td>AUTOMEDICATION</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>LORS DE LA CPS</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>VISITE A DOMICILE</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>CAMPAGNE DE SUPPLEMENTATION</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>AUTRE OCCASION _____ (PRÉCISEZ)</td> <td>X</td> </tr> </tbody> </table>	AUTOMEDICATION	A	LORS DE LA CPS	B	VISITE A DOMICILE	C	CAMPAGNE DE SUPPLEMENTATION	D	AUTRE OCCASION _____ (PRÉCISEZ)	X							
AUTOMEDICATION	A																		
LORS DE LA CPS	B																		
VISITE A DOMICILE	C																		
CAMPAGNE DE SUPPLEMENTATION	D																		
AUTRE OCCASION _____ (PRÉCISEZ)	X																		
606	Au cours des 6 derniers mois, est-ce qu'on a donné à (NOM) des médicaments contre les vers intestinaux (Mebendazole ou Albendazole) ?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NE SAIT PAS</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2	NE SAIT PAS	8	607										
OUI	1																		
NON	2																		
NE SAIT PAS	8																		
606a	A quelle(s) occasion(s) ?	<table> <tbody> <tr> <td>AUTOMEDICATION</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>LORS DE LA CPS</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>VISITE A DOMICILE</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>CAMPAGNE DE SUPPLEMENTATION</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>AUTRE OCCASION _____ (PRÉCISEZ)</td> <td>X</td> </tr> </tbody> </table>	AUTOMEDICATION	A	LORS DE LA CPS	B	VISITE A DOMICILE	C	CAMPAGNE DE SUPPLEMENTATION	D	AUTRE OCCASION _____ (PRÉCISEZ)	X							
AUTOMEDICATION	A																		
LORS DE LA CPS	B																		
VISITE A DOMICILE	C																		
CAMPAGNE DE SUPPLEMENTATION	D																		
AUTRE OCCASION _____ (PRÉCISEZ)	X																		
607	Au cours des 3 derniers mois, est-ce qu'un prestataire de santé ou un agent de santé communautaire a mesuré :  a) le poids de (NOM) ?  b) la longueur ou la taille de (NOM) ?  c) la circonférence du bras à mi-hauteur de (NOM)  MONTREZ UNE IMAGE DU RUBAN DE MESURE DE LA CIRCONFÉRENCE DU BRAS.	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) POIDS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) LONGUEUR/TAILLE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) CIRCONFERENCE BRAS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) POIDS	1	2	8	b) LONGUEUR/TAILLE	1	2	8	c) CIRCONFERENCE BRAS	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
a) POIDS	1	2	8																
b) LONGUEUR/TAILLE	1	2	8																
c) CIRCONFERENCE BRAS	1	2	8																
608	Au cours des deux dernières semaines, (NOM) a-t-il eu la diarrhée ?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NE SAIT PAS</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2	NE SAIT PAS	8	618										
OUI	1																		
NON	2																		
NE SAIT PAS	8																		

## SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	NOM DE L'ENFANT _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/>	
609	<p>VÉRIFIEZ 485 : ALLAITÉ ACTUELLEMENT ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> ↓      NON/ PAS POSÉ <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>a) Je voudrais maintenant savoir quelle quantité de liquides a été donnée à (NOM) pendant la diarrhée, y compris le lait maternel. Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?</p> <p>b) Je voudrais maintenant savoir quelle quantité de liquides a été donnée à (NOM) pendant la diarrhée. Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?</p>	<p>BEAUCOUP MOINS ..... 1</p> <p>UN PEU MOINS ..... 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3</p> <p>PLUS ..... 4</p> <p>RIEN À BOIRE ..... 5</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
610	<p>Quand (NOM) avait la diarrhée, lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?</p>	<p>BEAUCOUP MOINS ..... 1</p> <p>UN PEU MOINS ..... 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3</p> <p>PLUS ..... 4</p> <p>A STOPPÉ LA NOURRITURE ..... 5</p> <p>N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
611	<p>Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 615

## SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	NOM DE L'ENFANT _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/>	
612	<p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ 'Z' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL NATIONAL/ CLINIQUES UNIVERSITAIRES ..... A</p> <p>HOPITAL PROVINCIAL ..... B</p> <p>HOPITAL GENERAL DE REFERENCE .... C</p> <p>CENTRE HOSPITALIER/ CENTRE DE SANTE DE REFERENCE .... D</p> <p>CENTRE DE SANTE ..... E</p> <p>POSTE DE SANTE/DISPENSAIRE ..... F</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN ..... G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ H (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL ..... I</p> <p>CLINIQUE/POLYCLINIQUE ..... J</p> <p>PHARMACIE ..... K</p> <p>CENTRE DE SANTE ..... L</p> <p>MÉDECIN/CABINET MEDICAL ..... M</p> <p>MATERNITE ..... N</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... O</p> <p>INFIRMIER AMBULANT ..... P</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ Q (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG ..... R</p> <p>CLINIQUE ONG ..... S</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG _____ T (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... U</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL ..... V</p> <p>MARCHÉ ..... W</p> <p>VENDEUR ITINÉRANT DE MÉDICAMENTS X</p> <p>AUTRE _____ Z (PRÉCISEZ)</p>	
613	VÉRIFIEZ 612 : DEUX CODES <input type="checkbox"/> OU PLUS ENCERCLÉS ↓	SEULEMENT UN CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	→ 615
614	Où êtes-vous allé en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ? UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 612.	PREMIER ENDROIT ..... <input type="text"/>	
615	<p>Avez-vous donné à (NOM) les choses suivantes à n'importe quel moment dès qu'il/elle a commencé à avoir la diarrhée :</p> <p>a) Sachet SRO pour préparer le liquide de réhydratation orale ?</p> <p>b) Zinc en comprimé ?</p> <p>c) Combinaison SRO et Zinc?</p> <p>d) Solution liquide maison comme de l'eau de riz, de l'eau de coco, du lait de soja, du lait de courge, du potage, de la bouillie ou du jus de goyave?</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>a) SACHET SRO ..... 1 2 8</p> <p>b) ZINC EN COMPRIME ..... 1 2 8</p> <p>c) COMBINAISON SRO ET ZINC 1 2 8</p> <p>d) LIQUIDE MAISON ..... 1 2 8</p>	



## SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	NOM DE L'ENFANT _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>	
626	<p>Où êtes-vous allé pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part d'autre ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE</p> <p>_____</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ 'Z' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL NATIONAL/ CLINIQUES UNIVERSITAIRES ..... A</p> <p>HOPITAL PROVINCIAL ..... B</p> <p>HOPITAL GENERAL DE REFERENCE .... C</p> <p>CENTRE HOSPITALIER/ CENTRE DE SANTE DE REFERENCE .... D</p> <p>CENTRE DE SANTE ..... E</p> <p>POSTE DE SANTE/DISPENSAIRE ..... F</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN ..... G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ H (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL ..... I</p> <p>CLINIQUE/POLYCLINIQUE ..... J</p> <p>PHARMACIE ..... K</p> <p>CENTRE DE SANTE ..... L</p> <p>MÉDECIN/CABINET MEDICAL ..... M</p> <p>MATERNITE ..... N</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... O</p> <p>INFIRMIER AMBULANT ..... P</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ Q (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG ..... R</p> <p>CLINIQUE ONG ..... S</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG _____ T (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... U</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL ..... V</p> <p>MARCHÉ ..... W</p> <p>VENDEUR ITINÉRANT DE MÉDICAMENTS X</p> <p>AUTRE _____ Z (PRÉCISEZ)</p>	
627	<p>VÉRIFIEZ 626 : DEUX CODES <input type="checkbox"/> OU PLUS ENCERCLÉS ↓</p> <p>SEULEMENT UN CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> → 629</p>		
628	<p>Où êtes-vous allé en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 626.</p>	<p>PREMIER ENDROIT ..... <input type="text"/></p>	
629	<p>Combien de jours après le début de la maladie, avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour (NOM) ?</p> <p>SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'.</p>	<p>JOURS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
630	<p>À n'importe quel moment pendant la maladie, est-ce que (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>→ 634</p>

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	NOM DE L'ENFANT _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
631	<p>Quel médicament (NOM) a-t-il pris ?</p> <p>Pas d'autre médicament ?</p> <p>INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> <p>SI LE MÉDICAMENT N'EST PAS CONNU, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE OU L'ORDONNANCE.</p>	<p><b>ANTIPALUDIQUES</b></p> <p>COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (ACT) ..... A</p> <p>SP/FANSIDAR ..... B</p> <p>CHLOROQUINE ..... C</p> <p>AMODIAQUINE ..... D</p> <p>QUININE</p> <p>COMPRIMÉS / SIROP ..... E</p> <p>INJECTION/IV ..... F</p> <p>ARTESUNATE</p> <p>VOIE RECTALE ..... G</p> <p>INJECTION/IV ..... H</p> <p>AUTRE ANTIPALUDIQUE _____ I (PRÉCISEZ)</p> <p><b>ANTIBIOTIQUES</b></p> <p>AMOXICILLINE ..... J</p> <p>COTRIMOXAZOLE ..... K</p> <p>AUTRE COMPRIMÉ/SIROP ..... L</p> <p>AUTRE INJECTION/IV ..... M</p> <p><b>AUTRES MÉDICAMENTS</b></p> <p>ASPIRINE ..... N</p> <p>PARACÉTAMOL/PANADOL/ ACÉTAMINOPHÈNE ..... O</p> <p>IBUPROFÈNE ..... P</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>		
632	<p>VÉRIFIEZ 631: COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE ('A') DONNÉE</p> <p>CODE 'A' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓</p>	<p>CODE 'A' <input type="checkbox"/> NON ENCERCLÉ →</p>	→ 634	
633	<p>Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre une combinaison à base d'artémisinine ?</p>	<p>MÊME JOUR ..... 0</p> <p>JOUR SUIVANT ..... 1</p> <p>DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2</p> <p>TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>		
634	<p>VÉRIFIEZ 220, 224 ET 225 DANS HISTORIQUE DES GROSSESSES : Y A-T-IL UN AUTRE ENFANT SURVIVANT NÉ 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE ?</p> <p>D'AUTRES ENFANTS SURVIVANTS NÉS 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 603 POUR L'ENFANT SURVIVANT SUIVANT) ←</p>	<p>PAS D'AUTRE ENFANT SURVIVANT NÉ 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/> →</p>	→ 635	

## SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																																																												
635	<p>VÉRIFIEZ 220, 225 ET 226, TOUTES LIGNES : NOMBRE D'ENFANTS NÉS 0-23 MOIS AVANT L'ENQUÊTE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>_____</p> <p>(NOM DU PLUS JEUNE ENFANT VIVANT AVEC ELLE)</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">→ 643</p>																																																																													
636	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les liquides que (NOM DE 635) a pris durant le jour ou la nuit. Donnez-moi tous les liquides que (NOM) a pris, qu'il les ait pris à la maison ou quelque part ailleurs.</p> <p>Hier durant le jour ou durant la nuit, est-ce que (NOM) a bu :</p> <p>a) De l'eau?</p> <hr/> <p>b) Un lait de remplacement/substitut de lait maternel comme Nan, Guigoz, France lait ou Nursie?</p> <p>SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu du lait en poudre pour bébé ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</p> <hr/> <p>c) Du lait d'animaux, y compris du lait frais, en boîte ou en poudre comme Nido, Belle Hollandaise, Cowbell, Coast, Kerrygold, etc.?</p> <p>SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu du lait ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</p> <p>SI OUI : Est-ce que le lait était un lait de type sucré ou aromatisé ?</p> <hr/> <p>e) Du lait de soja ou du lait d'arachide?</p> <p>SI OUI : Le lait de soja / arachide était-il un type de boisson sucrée ou aromatisée?</p> <hr/> <p>f) Du chocolat chaud comme Nesquik ou Milo?</p> <hr/> <p>g) Un jus de fruits, jus en sachet, jus de gingembre, jus de citron, jus de canne à sucre ?</p> <hr/> <p>h) Des boissons sucrées comme Coca-Cola, Fanta, Maltina, Festa, D'jino ou Vitalo ?</p> <hr/> <p>i) Du café, thé, citronnelle ou bulukutu?</p> <p>SI OUI : la boisson était-elle sucrée ?</p> <hr/> <p>j) Du bouillon clair ou de la soupe claire ?</p> <hr/> <p>k) D'autres liquides ?</p> <p>SI OUI : Quelle était la boisson ?</p> <p>SI OUI : La boisson était-elle sucrée ?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></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> </tr> <tr> <td>b) .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT EN POUDRE <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SUCRÉ/ AROMATISÉ ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SUCRÉ/ AROMATISÉ ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f) .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>g) .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>h) .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>i) .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SUCRÉE ....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>j) .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>k) .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>AUTRE(S) BOISSON(S) _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">(PRÉCISEZ)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUCRÉE ....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) .....	1	2	8	b) .....	1	2	8	NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT EN POUDRE <input type="checkbox"/>			8	c) .....	1	2	8	NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT <input type="checkbox"/>			8	SUCRÉ/ AROMATISÉ ..	1	2	8	e) .....	1	2	8	SUCRÉ/ AROMATISÉ ..	1	2	8	f) .....	1	2	8	g) .....	1	2	8	h) .....	1	2	8	i) .....	1	2	8	SUCRÉE ....	1	2	8	j) .....	1	2	8	k) .....	1	2	8	AUTRE(S) BOISSON(S) _____				(PRÉCISEZ)				SUCRÉE ....	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																																																																												
a) .....	1	2	8																																																																												
b) .....	1	2	8																																																																												
NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT EN POUDRE <input type="checkbox"/>			8																																																																												
c) .....	1	2	8																																																																												
NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT <input type="checkbox"/>			8																																																																												
SUCRÉ/ AROMATISÉ ..	1	2	8																																																																												
e) .....	1	2	8																																																																												
SUCRÉ/ AROMATISÉ ..	1	2	8																																																																												
f) .....	1	2	8																																																																												
g) .....	1	2	8																																																																												
h) .....	1	2	8																																																																												
i) .....	1	2	8																																																																												
SUCRÉE ....	1	2	8																																																																												
j) .....	1	2	8																																																																												
k) .....	1	2	8																																																																												
AUTRE(S) BOISSON(S) _____																																																																															
(PRÉCISEZ)																																																																															
SUCRÉE ....	1	2	8																																																																												

## SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLEZ À
637	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les aliments que (NOM) a reçus hier durant le jour ou la nuit. Ce qui m'intéresse, ce sont les aliments que votre enfant a consommés, que ce soit à la maison, ou quelque part d'autre. Veuillez inclure les collations et les petits repas comme les repas principaux .</p> <p>Je vais vous poser des questions concernant les différents aliments, et je voudrais savoir si l'enfant a mangé l'aliment même s'il était mélangé à d'autres aliments.</p> <p>Ne répondez pas 'oui' à propos d'un aliment ou d'un ingrédient utilisé seulement en petite quantité pour ajouter du goût à un plat.</p> <p>Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (NOM) a</p> <p>a) Du Dolait ou du Yaourt local ?</p> <p>SI OUI:</p> <p>Combien de fois (NOM) a-t-il reçu du Dolait ou du Yaourt local ?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS , ENREGISTREZ '7'.</p> <p>(NOM) a-t-il/elle reçu n'importe quel yaourt local ou du Dolait à boire ?</p> <p>SI OUI : Était-il un type de boisson sucrée [ou aromatisée] ?</p>	<p>OUI      NON      NSP</p> <p>a) ..... 1      2      8</p>			
	<p>NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A REÇU DU YAOURT <input type="text"/></p>				
	<p>REÇU DU YAOURT À BOIRE ...</p>	<p>1      2      8</p>			
	<p>SUCRÉE ...</p>	<p>1      2      8</p>			
	<p>b) Du pain, du riz, de spaghetti, du maïs, du millet, du sorgho ou tout autre aliment à base de riz, de farine de blé ou de maïs?</p>	<p>b) ..... 1      2      8</p>			
	<p>c) Des carottes, ou patates douces qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur, poivron rouge?</p>	<p>c) ..... 1      2      8</p>			
	<p>d) Du manioc bouilli ou grillé, chikwangue, fufu de manioc, igname, patate douce à chaire blanche, pomme de terre, taro, ou banane plantain?</p>	<p>d) ..... 1      2      8</p>			
	<p>e) N'importe quelle légume à feuilles vert foncé telles que les feuilles de manioc, d'amarantes, d'oseilles, de patates douces, épinards, d'aubergines, de courge, etc ?</p>	<p>e) ..... 1      2      8</p>			
	<p>f) D'autres légumes telles que tomates, aubergine, gombo, poivron vert, etc. ?</p>	<p>f) ..... 1      2      8</p>			
	<p>g) Des mangues mures, des papayes mures ou autres fruits riches en Vitamine A tels que passion ou maracoudja ?</p>	<p>g) ..... 1      2      8</p>			
	<p>h) D'autres fruits tels que banane, ananas, avocat, pastèque, orange ?</p>	<p>h) ..... 1      2      8</p>			

## SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLEZ À
		OUI	NON	NSP	
	i) Du poisson frais, poisson fumé, poisson salé, fretins, sardines en boîte, crevettes ou crabes?	i) ..... 1	2	8	
	j) Du foie, des rognons/rein, du cœur ?	j) ..... 1	2	8	
	k) Des saucisses, du jambon, du salami, du saucisson, de viande en boîte/corne bœuf ou viande fumée ?	k) ..... 1	2	8	
	l) D'autres viandes tels que le bœuf, le mouton, la chèvre, le porc, la viande de brousse, le poulet ou le canard?	l) ..... 1	2	8	
	m) Des œufs ?	m) ..... 1	2	8	
	n) Des haricots, petits pois, bouillie à base de soja ?	n) ..... 1	2	8	
	o) Des arachides, pâte/poudre/sauce d'arachides, graines de courge, sésame?	o) ..... 1	2	8	
	p) Du fromage dur ou à pâte molle tels que la vache qui rit ou fromage de Goma ?	p) ..... 1	2	8	
	q) Des insectes tels que les grillons, sauterelles, chenilles, termites, vers palmistes, fourmies ?	q) ..... 1	2	8	
	r) N'importe quel aliment sucré comme les chocolats, gâteaux/cakes, biscuits sucrés, galettes sucrées, croquettes, bombons?	r) ..... 1	2	8	
	s) D'autres aliments sucrés tels que les bonbons, cacahouettes sucrés (arachides sucrés), crèmes glacées?	s) ..... 1	2	8	
	t) Du chips/frites de pomme de terre, de manioc, de bananes plantains, de patate douce ou d'ignames ; beignets ?	t) ..... 1	2	8	
	u) Des aliments préparés avec de l'huile de palme rouge ou mosaka?	u) ..... 1	2	8	
	v) N'importe quel autre aliment solide, semi-solide ou mou ?	v) ..... 1	2	8	
	<p>SI OUI : Quel était cet aliment ? INDIQUEZ LE GROUPE D'ALIMENTS APPROPRIÉ POUR CHAQUE ALIMENT SUPPLÉMENTAIRE, SI LE GROUPE N'EST PAS ENCORE CODÉ &lt;OUI&gt;.</p> <p>S'IL EST IMPOSSIBLE DE DÉTERMINER À QUEL GROUPE UN ALIMENT SUPPLÉMENTAIRE APPARTIENT, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ALIMENT.</p>	<p>AUTRE(S) ALIMENT(S) _____ (PRÉCISEZ)</p>			

## SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
638	VÉRIFIEZ 637 (CATÉGORIES 'a' À 'v') : PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/> AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/>		→ 640
639	Est-ce que (NOM) a mangé des aliments solides, semi-solides ou mous hier durant le jour ou la nuit ?  SI 'OUI' INSISTEZ : Quel type d'aliments solides, semi-solides ou mous (NOM) a-t-il/elle mangés ?	OUI ..... 1 (RETOURNEZ À 637 POUR INSCRIRE LES ALIMENTS CONSOMMÉS HIER) (PUIS CONTINUEZ AVEC 640) NON ..... 2	→ 641
640	Combien de fois (NOM) a-t-il mangé des aliments solides, semi-solides ou mous durant le jour ou la nuit ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS ..... 8	
641	Au cours des 6 derniers mois, est-ce qu'un prestataire de santé ou un agent de santé communautaire vous a dit comment nourrir (NOM) et quels aliments lui donner ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
642	La dernière fois que (NOM) est allé aux toilettes, qu'est-ce qui a été fait pour se débarrasser des selles ?	ENFANT A UTILISÉ TOILETTES OU LATRINES 01 JETÉES/RINSÉES DANS TOILETTES OU LATRINE ..... 02 JETÉES/RINSÉES DANS ÉGOUT OU CANIVEAU ..... 03 JETÉES AUX ORDURES ..... 04 ENTERRÉES ..... 05 LAISSÉES À L'AIR LIBRE ..... 06  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
643	Je voudrais vous demander maintenant quels aliments et quelles boissons vous avez consommés hier durant le jour ou la nuit, que ce soit à la maison ou quelque part d'autre. Veuillez inclure des gouters ou petits repas ainsi que des repas principaux.  Je vais vous poser des questions sur différents aliments et boissons, et je voudrais savoir si vous avez mangé cet aliment même s'il était mélangé à d'autres aliments.  Ne répondez pas 'oui' pour un aliment ou un ingrédient utilisé en petite quantité juste pour ajouter du gout à un plat.  Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce-que vous avez mangé ou bu :		
	a) Du pain, du riz, de spaghetti, du maïs, du millet, du sorgho ou tout autre aliment à base de riz, de farine de blé ou de maïs?	a) ..... 1                      2                      8	
	b) Des carottes, courges ou patates douces qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur, poivron rouge?	b) ..... 1                      2                      8	
	c) Du manioc bouilli ou grillé, chikwangue, fufu de manioc, igname, patate douce à chaire blanche, pomme de terre, taro, ou banane plantain?	c) ..... 1                      2                      8	
	d) N'importe quelle légume à feuilles vert foncé telles que les feuilles de manioc, d'amarantes, d'oseilles, de patates douces, d'aubergines, de courge, ou les épinards, etc ?	d) ..... 1                      2                      8	

## SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLEZ À
		OUI	NON	NSP	
	e) D'autres légumes tels que tomates, aubépine, gombo/dongo dongo, choux blanc, poivron vert, etc. ?	e) ..... 1	2	8	
	f) Des mangues mures, des papayes mures, des fruits de la passion ou des maracoudja ?	f) ..... 1	2	8	
	g) D'autres fruits tels que banane, ananas, pastèque, orange, pastèque ?	g) ..... 1	2	8	
	h) Du poisson frais, poisson fumé, poisson salé, fretins, sardines en boîte, crevettes ou crabes ?	h) ..... 1	2	8	
	i) Du foie, des rognons/rein, du cœur ?	i) ..... 1	2	8	
	j) Des saucisses, du jambon, du salami, du saucisson, de viande en boîte/corne bœuf ou viande fumée ?	j) ..... 1	2	8	
	k) D'autres viandes tels que le bœuf, le mouton, la chèvre, le porc, la viande de brousse, le poulet ou le canard ?	k) ..... 1	2	8	
	l) Des œufs ?	l) ..... 1	2	8	
	m) Des haricots, petits pois, bouillie à base de soja ?	m) ..... 1	2	8	
	n) Des arachides, pâte/poudre/sauce d'arachides, graines de courge, sésame ?	n) ..... 1	2	8	
	o) Du lait liquide, lait en poudre, fromage, la Vache Qui Rit, yaourt, lait caillé ?	o) ..... 1	2	8	
	p) Des insectes tels que les grillons, sauterelles, chenilles, termites, vers palmistes, fourmies ?	p) ..... 1	2	8	
	q) N'importe quel aliment sucré comme les chocolats, gâteaux/cakes, biscuits sucrés, galettes sucrées, croquettes, bonbons ?	q) ..... 1	2	8	
	r) D'autres aliments sucrés tels que les bonbons, cacahouettes sucrés (arachides sucrés), crèmes glacées ?	r) ..... 1	2	8	
	s) Des chips/frites de pomme de terre, de manioc, de bananes plantains, de patate douce ou d'ignames ; beignets ?	s) ..... 1	2	8	
	t) Du jus de fruits, du jus en sachet, du jus de gingembre, du jus de citron, du jus de canne à sucre ?	t) ..... 1	2	8	
	u) Des boissons sucrées comme Coca-Cola, Fanta, Maltina, Fiesta ou tout autre boissons énergisantes ?	u) ..... 1	2	8	

## SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLEZ À
		OUI	NON	NSP	
	v) Du thé sucré, café sucré, citonelle sucré, bulukutu sucré, chocolat chaud comme Nesquik ou Milo ?	v) ..... 1	2	8	
	w) Des aliments préparés avec de l'huile de palme rouge ou mosaka?	w) ..... 1	2	8	
	x) D'autres liquides ? SI OUI : Quelle était cette boisson ?	x) ..... 1	2	8	
	SI OUI : La boisson était-elle sucrée ?	SUCRÉE .... 1	2	8	
	y) D'autres aliments ? SI OUI: Quels étaient ces aliments ?  INDIQUEZ LE GROUPE D'ALIMENTS APPROPRIÉ POUR CHAQUE ALIMENT SUPPLÉMENTAIRE, SI LE GROUPE N'EST PAS ENCORE CODÉ <OUI>.  S'IL EST IMPOSSIBLE DE DÉTERMINER À QUEL GROUPE UN ALIMENT SUPPLÉMENTAIRE APPARTIENT, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ALIMENT.	y) ..... 1	2	8	
		AUTRE(S) ALIMENT(S) _____ (PRÉCISEZ)			
		AUTRE(S) BOISSON(S) _____ (PRÉCISEZ)			

## SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
701	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	→ 706A
702	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	→ 721
703	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ?	VEUVE ..... 1 DIVORCÉE ..... 2 SÉPARÉE ..... 3	→ 714
706A	Avez-vous un acte de mariage ou un autre document certifiant (ce mariage/cette union)?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 707
706B	Quel document avez-vous? Aucun autre document?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	CERTIFICAT / ATTESTATION DE MARIAGE DÉLIVRÉ PAR UNE ÉGLISE, MOSQUEE OU AUTRE INSTITUTION RELIGIEUSE .... A ACTE DE MARIAGE DÉLIVRÉ PAR UNE AUTORITÉ CIVILE ..... B AUTRE DOCUMENT DÉLIVRÉ PAR UNE INSTITUTION RELIGIEUSE ..... C AUTRE DOCUMENT DÉLIVRÉ PAR UNE AUTORITÉ CIVILE ..... D  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	→ 709
707	Est-ce que ce mariage a été enregistré à l'état civil ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
709	Est-ce que votre (mari/partenaire) vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs ?	VIT AVEC ELLE ..... 1 VIT AILLEURS ..... 2	
710	ENREGISTREZ LE NOM ET N° DE LIGNE DU MARI/PARTENAIRE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, INSCRIVEZ '00'.	NOM _____  N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
711	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	→ 714
712	En tout, y compris vous-même, combien a-t-il d'épouses ou de partenaires avec qui il vit comme s'il était marié ?	NOMBRE TOTAL D'ÉPOUSES ET DE FEMMES AVEC QUI IL VIT COMME MARIÉ ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98	
713	Êtes-vous la première, deuxième, ... épouse ?	RANG ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	
714	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	

## SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
715	<p>VÉRIFIEZ 714 :</p> <p>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/></p> <p>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/></p> <p>a) En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (mari/partenaire) ?</p> <p>b) Je voudrais maintenant vous parler de votre premier (mari/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ?</p>	<p>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98</p> <p>ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE ..... 9998</p>	→ 717
716	<p>Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui pour la première fois ?</p>	<p>ÂGE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
717	<p>VÉRIFIEZ 714 :</p> <p>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/></p> <p>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/></p>		→ 721
718	<p>VÉRIFIEZ 701 :</p> <p>OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE <input type="checkbox"/></p> <p>OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/></p>		→ 721
719	<p>Je voudrais vous poser des questions sur votre (mari/partenaire) actuel. En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ?</p>	<p>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98</p> <p>ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE ..... 9998</p>	→ 721
720	<p>Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre pour la première fois avec votre (mari/partenaire) actuel ?</p>	<p>ÂGE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
721	<p><b>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.</b></p>		
722	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains aspects importants de la vie. Je voudrais vous assurer de nouveau que vos réponses sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante.</p> <p>Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels ?</p>	<p>N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS ..... 00</p> <p>ÂGE EN ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	→ 738

## SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
723	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente.</p> <p>Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la dernière fois ?</p> <p>SI MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS. SI 12 MOIS (UNE ANNÉE) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.</p>	<p>IL Y A DES JOURS ..... 1</p> <p>IL Y A DES SEMAINES! ..... 2</p> <p>IL Y A DES MOIS ..... 3</p> <p>IL Y A DES ANNÉES ..... 4</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									<p>→ 737</p>
724	<p>VÉRIFIEZ 232 :</p> <p>PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE ↓</p> <p>ENCEINTE <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 727</p>								
725	<p>La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce que vous ou votre partenaire avait fait quelque chose ou utilisé une méthode pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>→ 727</p>								
726	<p>Quelle méthode avez-vous utilisé ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> <p>SI LES CODES 'G' OU 'H' SONT ENGERCLÉS, ALLEZ À 728 MÊME SI UNE AUTRE MÉTHODE A ÉTÉ AUSSI UTILISÉE.</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE ..... A</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE ..... B</p> <p>DIU ..... C</p> <p>INJECTABLES ..... D</p> <p>IMPLANTS ..... E</p> <p>PILULE ..... F</p> <p>CONDOM MASCULIN ..... G</p> <p>CONDOM FÉMININ ..... H</p> <p>CONTRACEPTION D'URGENCE ..... I</p> <p>MÉTHODE DES JOURS FIXES ..... J</p> <p>MAMA ..... K</p> <p>MÉTHODE DU RYTHME ..... L</p> <p>RETRAIT ..... M</p> <p>AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... X</p> <p>AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE ..... Y</p>	<p>→ 728</p>								
727	<p>La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>→ 730</p>								
728	<p>Quel est le nom de la marque du condom utilisé ?</p> <p>SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.</p>	<p>PRUDENCE ..... 01</p> <p>OK ..... 02</p> <p>DOUBLE BUTTERFLY ..... 03</p> <p>INNOTEX ..... 04</p> <p>BENELUX ..... 05</p> <p>PROTECTOR ..... 06</p> <p>TRUST ..... 07</p> <p>KAMAX EURO ..... 08</p> <p>DAVIGNA ..... 09</p> <p>KAMATSURA ..... 10</p> <p>LATEX CONDOM ..... 11</p> <p>LATEX FACTORI ..... 12</p> <p>PREVANTOR ..... 13</p> <p>INDUS ..... 14</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>									

## SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
729	<p>Où vous étiez-vous procuré le condom la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL NATIONAL/ CLINIQUES UNIVERSITAIRES ..... 11</p> <p>HOPITAL PROVINCIAL ..... 12</p> <p>HOPITAL GENERAL DE REFERENCE .... 13</p> <p>CENTRE HOSPITALIER/ CENTRE DE SANTE DE REFERENCE .... 14</p> <p>CENTRE DE SANTE ..... 15</p> <p>POSTE DE SANTE/DISPENSAIRE ..... 16</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN ..... 17</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 19</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL ..... 21</p> <p>CLINIQUE/POLYCLINIQUE ..... 22</p> <p>PHARMACIE ..... 23</p> <p>CENTRE DE SANTE ..... 24</p> <p>MÉDECIN/CABINET MEDICAL ..... 25</p> <p>MATERNITE ..... 26</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 27</p> <p>INFIRMIER AMBULANT ..... 28</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 29</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG ..... 31</p> <p>CLINIQUE ONG ..... 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG ..... 36</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... 41</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE ..... 42</p> <p>AMIS/PARENTS ..... 43</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	
730	<p>Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ?</p> <p>SI PETIT AMI : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariés ?</p> <p>SI OUI, ENREGISTREZ '2'. SI NON, ENREGISTREZ '3'.</p>	<p>MARI ..... 1</p> <p>PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE .. 2</p> <p>PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ..... 3</p> <p>RENCONTRE OCCASIONNELLE ..... 4</p> <p>CLIENT / TRAVAILLEUR DU SEXE ..... 5</p> <p>AUTRE ..... 6</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
731	<p>À part cette personne, avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 737
732	<p>La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette deuxième personne, est-ce qu'un condom a été utilisé ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	

## SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
733	<p>Quelle était votre relation avec cette deuxième personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ?</p> <p>SI PETIT AMI : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez marié ?</p> <p>SI OUI, ENREGISTREZ '2'. SI NON, ENREGISTREZ '3'.</p>	<p>MARI ..... 1</p> <p>PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE .. 2</p> <p>PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ..... 3</p> <p>RENCONTRE OCCASIONNELLE ..... 4</p> <p>CLIENT / TRAVAILLEUR DU SEXE ..... 5</p> <p>AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)</p>	
734	<p>À part ces deux personnes, avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 737
735	<p>La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette troisième personne, est-ce qu'un condom a été utilisé ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
736	<p>Quelle était votre relation avec cette troisième personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ?</p> <p>SI PETIT AMI : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez marié ?</p> <p>SI OUI, ENREGISTREZ '2'. SI NON, ENREGISTREZ '3'.</p>	<p>MARI ..... 1</p> <p>PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE .. 2</p> <p>PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ..... 3</p> <p>RENCONTRE OCCASIONNELLE ..... 4</p> <p>CLIENT / TRAVAILLEUR DU SEXE ..... 5</p> <p>AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)</p>	
737	<p>En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ?</p> <p>DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE PARTENAIRE EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</p>	<p>NOMBRE DE PARTENAIRE DANS LA VIE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	
738	<p>PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES DANS CETTE SECTION</p>	<p>ENFANTS &lt;10 ANS ..... 1</p> <p>HOMMES ADULTES ..... 1</p> <p>FEMMES ADULTES ..... 1</p>	<p>OUI NON</p> <p>1 2</p> <p>1 2</p> <p>1 2</p>

## SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
801	VÉRIFIEZ 307 : NON POSÉE <input type="checkbox"/> NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>	IL OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>	813
802	VÉRIFIEZ 232 : ENCEINTE <input type="checkbox"/>	PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/>	804
803	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Après l'enfant que vous attendez maintenant, souhaiteriez-vous avoir un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus en avoir ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT ..... 1 N'EN VEUT PAS D'AUTRE ..... 2 INDÉCISE/NE SAIT PAS ..... 8	805 812
804	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/un autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas (plus) avoir d'enfant ?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ..... 1 PAS D'AUTRE/AUCUN ..... 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ..... 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS ..... 8	807 813 811
805	VÉRIFIEZ 232 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> a) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance (d'un/un autre) enfant ? b) 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 QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ..... 994 APRÈS LE MARIAGE ..... 995 AUTRE ..... 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 998	811 813 811
806	VÉRIFIEZ 232 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/>	ENCEINTE <input type="checkbox"/>	812
807	VÉRIFIEZ 307 : UTILISE ACTUELLEMENT UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? NON POSÉE <input type="checkbox"/>	UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>	813
808	VÉRIFIEZ 805 : '24' MOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> NON POSÉE <input type="checkbox"/> OU '02' ANNÉES OU PLUS	'00-23' MOIS <input type="checkbox"/> OU '00-01' ANNÉE	812
809	VÉRIFIEZ 723 : IL Y A DES JOURS, SEMAINES OU MOIS <input type="checkbox"/>	IL Y A DES ANNÉES <input type="checkbox"/> NON POSÉE <input type="checkbox"/>	811 811

## SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
810	<p>VÉRIFIEZ 804 :</p> <p>VEUT AVOIR UN/ <input type="checkbox"/> PAS D'AUTRE/ <input type="checkbox"/> UN AUTRE ENFANT</p> <p>a) Vous avez dit que dans l'immédiat, vous ne souhaitiez pas (un/un autre) enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>Y-a-t-il une autre raison ?</p> <p>b) Vous avez dit que vous ne souhaitiez pas (plus) d'enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>Y-a-t-il une autre raison ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p>	<p>PAS MARIÉE ..... A</p> <p><b>RAISONS RELATIVES À LA FÉCONDITÉ</b></p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS ..... B</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS ..... C</p> <p>MÉNOPAUSEL/HYSTÉRECTOMIE ..... D</p> <p>NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ..... E</p> <p>PAS DE RÈGLES DEPUIS DERNIÈRE NAISSANCE ..... F</p> <p>ALLAITE ..... 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 OPPOSÉS ..... K</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX ..... L</p> <p><b>MANQUE DE CONNAISSANCE</b></p> <p>NE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE ..... M</p> <p>NE CONNAÎT AUCUN ENDROIT ..... N</p> <p><b>RAISONS LIÉES À LA MÉTHODE</b></p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER ..... O</p> <p>MODIFICATIONS MENSTRUELLES ..... P</p> <p>MÉTHODES PEUVENT RENDRE INFERTILES ..... Q</p> <p>INTERFÈRE AVEC FONCTIONS NORMALES DU CORPS ..... R</p> <p>AUTRES EFFETS SECONDAIRES ..... S</p> <p><b>COÛT/ACCÈS/DISPONIBILITÉ</b></p> <p>MANQUE D'ACCÈS/TROP ÉLOIGNÉ ..... T</p> <p>COÛT TROP ÉLEVÉ ..... U</p> <p>MÉTHODE PRÉFÉRÉE NON DISPONIBLE ..... V</p> <p>AUCUNE MÉTHODE DISPONIBLE ..... W</p> <p>AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	
811	<p>VÉRIFIEZ 307 : UTILISE ACTUELLEMENT UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/> OUI, <input type="checkbox"/> POSÉE UTILISE ACTUELLEMENT</p>		813
812	<p>Pensez-vous que vous utiliserez, à un certain moment dans le futur, une méthode contraceptive pour retarder ou éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
813	<p>VÉRIFIEZ 224 :</p> <p>A DES ENFANTS <input type="checkbox"/> AUCUN ENFANT <input type="checkbox"/> VIVANTS VIVANT</p> <p>a) Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et que vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ?</p> <p>b) Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien en voudriez-vous ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.</p>	<p>AUCUN ..... 00</p> <p>NOMBRE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)</p>	815 815

## SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À						
814	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">GARÇONS</td> <td style="text-align: center;">FILLES</td> <td style="text-align: center;">PEU IMPORTE</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input type="text"/> </td> <td style="text-align: center;"> <input type="text"/> </td> <td style="text-align: center;"> <input type="text"/> </td> </tr> </table> NOMBRE . . . . . AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	GARÇONS	FILLES	PEU IMPORTE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
GARÇONS	FILLES	PEU IMPORTE							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
815	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous :	OUI NON							
	a) Entendu parler de la planification familiale à la radio ?	a) RADIO . . . . . 1 2							
	b) Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ?	b) TÉLÉVISION . . . . . 1 2							
	c) Lu quelque chose sur la planification familiale dans un journal ou magazine ?	c) JOURNAL OU MAGAZINE . . . . . 1 2							
	d) Reçu un message vocal ou un texte sur la planification familiale sur votre portable ?	d) TÉLÉPHONE PORTABLE . . . . . 1 2							
	e) Avez-vous vu quelque chose sur la planification familiale sur les réseaux sociaux comme Facebook, Twitter, Instagram ou WhatsApp ?	e) FACEBOOK/TWITTER/ INSTAGRAM/WHATSAPP . . . . . 1 2							
	f) Avez-vous vu quelque chose sur la planification familiale sur un poster, une affiche, une brochure ?	f) POSTER/AFFICHE/BROCHURE . . . . . 1 2							
	g) Avez-vous vu quelque chose sur la planification familiale sur une affiche extérieure ou un panneau d'affichage ?	g) AFFICHE/PANNEAU D'AFFICHAGE . . . . . 1 2							
	h) Avez-vous entendu quelque chose sur la planification familiale lors d'une réunion ou à l'occasion d'événements dans la communauté ?	h) RÉUNIONS/ÉVÈNEMENTS . . . . . 1 2							
816	Avez-vous déjà vu ou entendu le message suivant : Enfant c'est un choix et non un hasard ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS . . . . . 8							
816a)	Savez-vous que la loi autorise l'utilisation de certaines méthodes contraceptives par les enfants de moins de 18 ans ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2							
817	VÉRIFIEZ 701 :								
	OUI, <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT MARIÉE	OUI, <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME	NON, <input type="checkbox"/> → 901 PAS EN UNION						
818	Qui décide habituellement si vous devez utiliser ou non la contraception, vous, votre (mari/partenaire), vous et votre (mari/partenaire) ensemble, ou quelqu'un d'autre ?	ENQUÊTÉE . . . . . 1 MARI/PARTENAIRE . . . . . 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE . . . . . 3 QUELQU'UN D'AUTRE . . . . . 4 PARENT/TUTEUR . . . . . 5 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	→ 820    → 820						
819	Quand vous prenez cette décision avec votre (mari/partenaire), est-ce que vous diriez que votre opinion compte davantage, autant ou moins que celle de votre (mari/partenaire) ?	COMPTE DAVANTAGE . . . . . 1 COMPTE AUTANT . . . . . 2 COMPTE MOINS . . . . . 3							
820	Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (mari/partenaire) ou un autre membre de la famille essaie de vous forcer ou de faire pression sur vous pour que vous tombiez enceinte alors que vous ne vouliez pas tomber enceinte ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2							



## SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
901	VÉRIFIEZ 701 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME ↓	PAS EN <input type="checkbox"/> UNION	→ 909
902	Quel âge avait votre (mari/partenaire) à son dernier anniversaire ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUE . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS . . . . . 98	
903	Est-ce que votre (mari/partenaire) a fréquenté l'école ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 906
904	Quel est le plus haut niveau d'étude qu'il a atteint: primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE . . . . . 1 SECONDAIRE . . . . . 2 SUPÉRIEUR . . . . . 3 NE SAIT PAS . . . . . 8	→ 906
905	Quelle est la classe la plus élevée qu'il a achevée à ce niveau ? SI LE NOMBRE D'ANNÉES ACHEVÉES EST INFÉRIEUR À 1 ANNÉE À CE NIVEAU, ENREGISTREZ '00'.	CLASSE . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS . . . . . 98	
906	Est-ce que votre (mari/partenaire) a effectué un travail au cours des sept derniers jours ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS . . . . . 8	→ 908
907	Est-ce que votre (mari/partenaire) a effectué un travail au cours des 12 derniers mois ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS . . . . . 8	→ 909
908	Quelle est l'occupation de votre(mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail fait-il principalement ?	_____ _____ _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	
909	En dehors de votre travail domestique, avez-vous travaillé au cours des 7 derniers jours ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 913
910	Comme vous le savez, certaines femmes font un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. D'autres vendent des choses, ou elles ont une petite affaire ou elles travaillent dans la ferme ou dans l'affaire de la famille. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous fait quelque chose de ce genre ou un autre travail ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 913
911	Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des 7 derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter parce que vous avez eu un empêchement, pour maladie, vacances, congé maternité ou pour une autre raison ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 913
912	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 917
913	Quelle est votre occupation? C'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?	_____ _____ _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	

## SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
914	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte ?	MEMBRE DE LA FAMILLE ..... 1 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 2 À SON COMPTE ..... 3	
915	Travaillez-vous habituellement toute l'année, ou de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE ..... 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE ..... 2 DE TEMPS EN TEMPS ..... 3	
916	Êtes-vous payée en argent ou en nature pour ce travail ou n'êtes-vous pas payée du tout ?	ARGENT SEULEMENT ..... 1 ARGENT ET NATURE ..... 2 NATURE SEULEMENT ..... 3 PAS PAYÉE ..... 4	
917	VÉRIFIEZ 701 :  ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> MARIÉE/VIT ↓ AVEC UN HOMME	PAS EN UNION <input type="checkbox"/> →	925
918	VÉRIFIEZ 916 :  CODE '1' OU '2' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓	AUTRE <input type="checkbox"/> →	921
919	Habituellement, qui décide comment l'argent que vous gagnez va être utilisé : c'est vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
920	Est-ce que vous pensez-vous que vous gagnez plus que votre (mari/partenaire), moins ou à peu près la même chose ?	PLUS QUE LUI ..... 1 MOINS QUE LUI ..... 2 À PEU PRÈS LA MÊME CHOSE ..... 3 MARI/PARTENAIRE N'A PAS DE REVENUS ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	→ 922
921	Habituellement, qui décide comment l'argent que votre (mari/partenaire) gagne va être utilisé: vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 MARI/PARTENAIRE N'A PAS DE REVENUS ..... 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
922	Habituellement, qui prend les décisions en ce qui concerne vos propres soins de santé: vous, votre (mari/partenaire), conjointement vous et votre (mari/partenaire) ou quelqu'un d'autre ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 AUTRE ..... 6	
923	Qui prend habituellement les décisions concernant les achats importants pour le ménage ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 AUTRE ..... 6	
924	Qui prend habituellement les décisions concernant les visites à votre famille ou parents ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 AUTRE ..... 6	

## SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
925	Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE SEULEMENT ..... 01 CONJOINTEMENT AVEC MARI/ PARTENAIRE SEULEMENT ..... 02 CONJOINTEMENT AVEC QUELQU'UN D'AUTRE SEULEMENT ..... 03 CONJOINTEMENT AVEC MARI/PARTENAIRE ET QUELQU'UN D'AUTRE ..... 04 SEULE ET CONJOINTEMENT ..... 05 N'EN POSSÈDE PAS ..... 06	→ 928
926	Avez-vous un titre de propriété ou un autre document reconnu par le gouvernement pour une maison que vous possédez ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 928
927	Est-ce que votre nom figure sur ce document ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
928	Est-ce que vous possédez de la terre agricole ou non agricole, seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE SEULEMENT ..... 01 CONJOINTEMENT AVEC MARI/ PARTENAIRE SEULEMENT ..... 02 CONJOINTEMENT AVEC QUELQU'UN D'AUTRE SEULEMENT ..... 03 CONJOINTEMENT AVEC MARI/PARTENAIRE ET QUELQU'UN D'AUTRE ..... 04 SEULE ET CONJOINTEMENT ..... 05 N'EN POSSÈDE PAS ..... 06	→ 930A
929	Avez-vous un titre de propriété ou un autre document reconnu par le gouvernement pour des terres que vous possédez ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 930A
930	Est-ce que votre nom figure sur ce document ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
930A	Avez-vous un compte dans une banque ou dans une autre institution financière que vous pouvez utiliser vous-même ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 930C
930B	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déposé vous-même de l'argent dans ce compte ou en avez-vous retiré ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
930C	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé un téléphone portable pour faire des transactions financières comme envoyer ou recevoir de l'argent, payer des factures, acheter des biens ou des services ou recevoir un salaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
931	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE POINT DE L'INTERVIEW (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS OU PAS PRÉSENTES).	PRES./ PRES./N'ÉCOUTE PAS ÉCOUTE. PAS. PRES. ENFANTS < 10 ..... 1 2 3 MARI ..... 1 2 3 AUTRES HOMMES .... 1 2 3 AUTRES FEMMES .... 1 2 3	
932	Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :	OUI NON NSP a) SORT SANS LE LUI DIRE 1 2 8 b) NÉGLIGE LES ENFANTS 1 2 8 c) ARGUMENTE ..... 1 2 8 d) REFUSE RAP. SEXUELS .. 1 2 8 e) BRÛLE NOURRITURE .. 1 2 8	

## SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1000	Je voudrais maintenant parler avec vous du VIH et du sida.		
1001	Avez-vous déjà entendu parler du VIH ou du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1040
1002	VÉRIFIEZ 111 : ÂGE 15-24 ANS <input type="checkbox"/> ↓ 25 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/>		→ 1008
1003	Le VIH est le virus qui cause le sida. Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1004	Est-ce qu'on peut contracter le VIH par les piqûres de moustiques ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1004a	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en utilisant le sang testé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1005	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1006	Est-ce qu'on peut contracter le VIH en partageant la nourriture avec une personne qui a le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1007	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1008	Avez-vous entendu parler des ARV, c'est-à-dire des médicaments antirétroviraux qui traitent le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1009	Est-ce qu'il y a des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme ayant contracté le VIH pour réduire le risque de transmission au bébé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1009a	Pouvez-vous accepter d'avoir des rapports sexuels avec votre mari/partenaire qui est infecté par le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1010	Avez-vous entendu parler de la PrEP, c'est-à-dire un médicament que l'on prend tous les jours pour éviter qu'une personne ne contracte le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1012
1011	Est-ce que vous approuvez les gens qui prennent un comprimé tous les jours pour éviter de contracter le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8	
1012	VÉRIFIEZ 220 ET 223 : DERNIÈRE NAISSANCE VIVANTE 0-23 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/> ↓ AUCUNE NAISSANCE VIVANTE <input type="checkbox"/> DERNIÈRE NAISSANCE VIVANTE 24 MOIS OU PLUS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/>		→ 1024 → 1024
1013	VÉRIFIEZ 412 POUR DERNIÈRE NAISSANCE VIVANTE ('TYPE 1'): A EU DES SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> ↓ PAS DE SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/>		→ 1018

## SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À	
1014	<b>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUS LES EFFORTS POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.</b>			
1015	Avez-vous fait un test du VIH dans le cadre des soins prénatals pendant que vous étiez enceinte de (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1018	
1016	Où le test a-t-il été fait ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.	<b>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</b> HÔPITAL NATIONAL/ CLINIQUES UNIVERSITAIRES ..... 11 HOPITAL PROVINCIAL ..... 12 HOPITAL GENERAL DE REFERENCE ..... 13 CENTRE HOSPITALIER/ CENTRE DE SANTE DE REFERENCE ..... 14 CENTRE DE SANTE ..... 15 POSTE DE SANTE/DISPENSAIRE ..... 16 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 19 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL ..... 21 CLINIQUE/POLYCLINIQUE ..... 22 PHARMACIE ..... 23 CENTRE DE SANTE ..... 24 MÉDECIN/CABINET MEDICAL ..... 25 MATERNITE ..... 26 CLINIQUE MOBILE ..... 27 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 29 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b> HÔPITAL ONG ..... 31 CLINIQUE ONG ..... 32 AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG ..... 36 (PRÉCISEZ)  <b>AUTRE SOURCE</b> MAISON ..... 41 LIEU DE TRAVAIL ..... 42 CENTRE DE DÉTENTION ..... 43  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)		
1017	Avez-vous eu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2		
1018	VÉRIFIEZ 435 POUR DERNIÈRE NAISSANCE VIVANTE ('TYPE 1') :  UN CODE <input type="checkbox"/> '21-46' ENCERCLÉ AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 1021	
1019	Entre le moment où vous êtes arrivée pour accoucher mais avant la naissance du bébé, avez-vous fait un test du VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1021	
1020	Avez-vous eu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1022	

## SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1021	VÉRIFIEZ 1015 :  OUI <input type="checkbox"/> NON OU <input type="checkbox"/> PAS POSÉE		→ 1024
1022	Avez-vous été testée pour le VIH depuis que vous avez fait ce test durant votre grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1025
1023	De quel mois et de quelle année date votre test du VIH le plus récent ?	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	→ 1028
1024	Avez-vous déjà fait un test du VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1032
1025	De quel mois et de quelle année date votre test du VIH le plus récent ?	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	
1026	Où le test a-t-il été fait ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.	<b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b> HÔPITAL NATIONAL/ CLINIQUES UNIVERSITAIRES ..... 11 HOPITAL PROVINCIAL ..... 12 HOPITAL GENERAL DE REFERENCE ..... 13 CENTRE HOSPITALIER/ CENTRE DE SANTE DE REFERENCE ..... 14 CENTRE DE SANTE ..... 15 POSTE DE SANTE/DISPENSAIRE ..... 16 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 19 (PRÉCISEZ) <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL ..... 21 CLINIQUE/POLYCLINIQUE ..... 22 PHARMACIE ..... 23 CENTRE DE SANTE ..... 24 MÉDECIN/CABINET MÉDICAL ..... 25 MATERNITE ..... 26 CLINIQUE MOBILE ..... 27 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 29 (PRÉCISEZ) <b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b> HÔPITAL ONG ..... 31 CLINIQUE ONG ..... 32 AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG ..... 36 (PRÉCISEZ) <b>AUTRE SOURCE</b> MAISON ..... 41 LIEU DE TRAVAIL ..... 42 CENTRE DE DÉTENTION ..... 43 AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	

## SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1027	Avez-vous eu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1031
1028	Quel était le résultat du test ?	POSITIF ..... 1 NEGATIF ..... 2 INDÉTERMINÉ ..... 3 A REFUSÉ DE RÉPONDRE ..... 4 N'A PAS REÇU LE RÉSULTAT DU TEST ..... 5	→ 1031
1029	En quel mois et en quelle année avez-vous reçu votre premier résultat positif au test du VIH ?	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 MÊME DATE QUE LE DERNIER TEST DU VIH ..... 95	
1030	Est-ce que vous prenez actuellement des ARV (sont des médicaments antirétroviraux) ? Par actuellement, je veux dire que vous avez peut-être oublié certaines doses mais vous êtes toujours en train de prendre des ARV.	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1031	Combien de fois, dans votre vie, avez-vous fait un test du VIH ?  DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION; SI LE NOMBRE DE TESTS EST DE 95 OU PLUS, ENREGISTREZ '95'.	NOMBRE DE TESTS DU VIH ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1032	Avez-vous entendu parler de tests que les gens peuvent utiliser pour se tester eux-mêmes pour le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1034
1033	Vous êtes-vous déjà testée vous-même en utilisant un kit d'autotest ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1034	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8	
1035	Pensez-vous que des enfants vivant avec le VIH devraient être autorisés à aller à l'école avec des enfants qui n'ont pas le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8	
1036	VÉRIFIEZ 1028 :  CODE '1' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 1040
1037	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur votre vie en tant que personne vivant avec le VIH.  Avez-vous révélé à quelqu'un d'autre que moi que vous avez le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

## SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1038	Êtes-vous d'accord ou non avec la déclaration suivante : J'ai eu honte parce que j'ai le VIH.	D'ACCORD ..... 1 PAS D'ACCORD ..... 2	
1039	Dites-moi, s'il vous plaît, si au cours des 12 derniers mois, il vous est arrivé les choses suivantes ou si vous pensez qu'elles vous sont arrivées parce que vous avez le VIH :		
		OUI      NON	
	a) Les gens ont mal parlé de moi parce que j'ai le VIH.	a) GENS ONT MAL PARLÉ DE MOI ..... 1      2	
	b) Quelqu'un a révélé que j'avais le VIH sans ma permission.	b) RÉVÉLÉ MON STATUT ..... 1      2	
	c) J'ai été insultée, harcelée ou menacée parce que j'ai le VIH.	c) INSULTÉ ..... 1      2	
	d) Le personnel de santé a mal parlé de moi parce que j'ai le VIH.	d) PERSONNEL DE SANTÉ A MAL PARLÉ DE MOI ..... 1      2	
	e) Le personnel de santé a crié sur moi, m'a grondée, m'a traitée de tous les noms ou m'a agressée verbalement d'une autre manière parce que j'ai le VIH.	e) PERSONNEL DE SANTÉ VERBALEMENT AGRESSIF .. 1      2	
1040	VÉRIFIEZ 1001 :		
	A ENTENDU PARLER DU VIH OU DU SIDA <input type="checkbox"/>	PAS ENTENDU PARLER DU VIH OU DU SIDA <input type="checkbox"/>	
	a) À part le VIH, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?	b) Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?	
		OUI ..... 1 NON ..... 2	
1041	VÉRIFIEZ 722 :		
	A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	→ 1046
1042	VÉRIFIEZ 1040 : A ENTENDU PARLER D'AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ?		
	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	→ 1044
1043	J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois. Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1044	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	
1045	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	

## SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1046	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 demande qu'un condom soit utilisé quand ils ont des rapports sexuels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1047	Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a des relations sexuelles avec d'autres femmes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1048	VÉRIFIEZ 701 :  ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME ↓	PAS EN UNION <input type="checkbox"/> → 1101	
1049	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	
1050	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 11B. MALADIES NON TRANSMISSIBLES

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
11B01	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé a déjà vérifié votre tension artérielle ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
11B02	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou de l'hypertension ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 11B06
11B03	Dans les 12 derniers mois, est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou de l'hypertension ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
11B04	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a prescrit des médicaments pour contrôler votre tension artérielle ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
11B05	Est-ce que vous prenez actuellement des médicaments pour stabiliser votre tension artérielle ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
11B06	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé a déjà mesuré le niveau de sucre dans votre sang ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
11B07	Est-ce qu'un médecin ou un personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez un niveau élevé de sucre dans le sang ou du diabète ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 11B11
11B08	Dans les 12 derniers mois, est-ce qu'un médecin ou un personnel de santé vous a dit que vous aviez un niveau élevé de sucre dans le sang ou du diabète ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
11B09	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a prescrit des médicaments pour stabiliser votre niveau de sucre ou de diabète ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
11B10	Est-ce que vous prenez des médicaments pour baisser votre niveau élevé de sucre dans le sang ou votre diabète ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
11B11	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une maladie cardiaque ou un problème cardiaque chronique ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 11B13
11B12	Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie cardiaque ou un problème cardiaque chronique ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
11B13	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une maladie pulmonaire ou un problème pulmonaire chronique ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 11B15
11B14	Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie pulmonaire ou un problème pulmonaire chronique ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
11B15	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez un cancer ou une tumeur maligne ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 11B17
11B16	Suivez-vous actuellement un traitement pour un cancer ou une tumeur maligne ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
11B17	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous faisiez une dépression ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 11B19

## SECTION 11B. MALADIES NON TRANSMISSIBLES

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
11B18	Suivez-vous actuellement un traitement pour dépression ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
11B19	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez de l'arthrite, de l'arthrose ou du rhumatisme ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 11B21
11B20	Suivez-vous actuellement un traitement pour l'arthrite, l'arthrose ou le rhumatisme ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
11B21	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une autre maladie chronique, c'est à-dire une autre maladie de longue durée ?	OUI ..... 1  (SPÉCIFIEZ LA MALADIE CHRONIQUE) NON ..... 2	→ 11B23A
11B22	Suivez-vous actuellement un traitement pour (MALADIE CHRONIQUE À 11B21) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
11B23A	Est-ce qu'un médecin ou un autre prestataire de santé a examiné vos seins pour le cancer du sein ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
11B23	Avez-vous déjà entendu parler du cancer du col de l'utérus ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 11B25
11B24	Avez-vous déjà entendu parler de tests pour le cancer du col de l'utérus ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
11B25	Je vais, maintenant, vous poser des questions sur des tests que le personnel de santé peut faire pour détecter un cancer du col de l'utérus. Le col de l'utérus est la partie qui relie l'utérus au vagin. Pour effectuer un test du cancer du col de l'utérus, on demande à la femme de s'allonger sur le dos en écartant les jambes. Ensuite, en utilisant une petite brosse ou un coton-tige, le personnel de santé prélève à l'intérieur de l'utérus un échantillon. L'échantillon est envoyé dans un laboratoire pour être testé. Ce test est appelé un frottis Pap ou un test PVH. Il y a une autre méthode qui est appelée IVA ou Inspection Visuelle après application d'Acide ascétique. Au cours de ce test, le personnel de santé applique du vinaigre dilué sur le col utérin pour voir si une réaction se produit.		
11B26	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà fait un test de détection du cancer du col de l'utérus ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 1201
11B27	Quand a eu lieu votre dernier test pour le cancer de l'utérus ?  SI MOINS D'1 ANNÉE, INSCRIVEZ '00'.	ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	
11B28	Quel était le résultat de votre dernier test pour le cancer du col de l'utérus ?	NORMAL / NÉGATIF ..... 1 ANORMAL / POSITIF ..... 2 PAS CLAIR / NON CONCLUANT ..... 3 N'A PAS REÇU DE RÉSULTATS ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	→ 1201 → 1201
11B29	Avez-vous suivi un traitement pour le cancer du col de l'utérus ou avez-vous fait des visites de suivi à cause des résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	

## SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1101	Combien de minutes faut-il pour aller de votre maison à l'établissement de soins le plus proche, qui peut être un hôpital, une clinique/polyclinique, un centre de santé ou un poste de santé/dispensaire ?	MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
1102	Comment est-ce que vous allez dans cet établissement de soins depuis votre maison ?  SI PLUS D'UN MOYEN DE DÉPLACEMENT EST MENTIONNÉ, ENCERCLÉ LE PREMIER DE LA LISTE.	<b>MOTORISÉ</b> VOITURE/CAMION ..... 01 BUS PUBLIC ..... 02 MOTOCYCLETTE/SCOOTER ..... 03 BATEAU À MOTEUR ..... 04 PIROGUE MOTORISÉE ..... 09  <b>NON MOTORISÉ</b> CHARRETTE TIRÉE PAR UN ANIMAL .... 05 BICYCLETTE/VELO ..... 06 BATEAU SANS MOTEUR ..... 07 EN MARCHANT/A PIEDS ..... 08 PIROGUE A PAGAIE ..... 10  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
1106	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la consommation de tabac, que ce soit en le fumant ou en l'utilisant d'une autre manière.  Est-ce que vous fumez actuellement des cigarettes chaque jour, certains jours ou pas du tout ?	CHAQUE JOUR ..... 1 CERTAINS JOURS ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	→ 1108
1107	En moyenne, combien de cigarettes fumez-vous actuellement par jour ?	NOMBRE DE CIGARETTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1108	Actuellement, est-ce que vous fumez ou utilisez un autre type de tabac chaque jour, certains jours ou pas du tout ?	CHAQUE JOUR ..... 1 CERTAINS JOURS ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	→ 1110
1109	Actuellement, quel autre type de tabac fumez-vous ou utilisez-vous ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	KRETEKS ..... A PIPES REMPLIES DE TABAC ..... B CIGARES, CHEROOTS, OU CIGARILLOS .. C PIPE À EAU/CHICHA ..... D TABAC À CHIQUER ..... E TABAC À PRISER ..... F TABAC À MÂCHER ..... G CHIQUER DE BETEL AVEC TABAC ..... H  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
1110	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la consommation d'alcool.  Est-ce que vous avez déjà bu de l'alcool, comme de la bière, du vin, des liqueurs ou du whisky/cognac/vodka/rhum ou agene, lotoko, lunguila, kasiks, vin de palme, zododo, tshitshiampa ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1113

## SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À															
1111	<p>Au cours du mois dernier, pendant combien de jours avez-vous bu de l'alcool ?</p> <p>DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI L'ENQUÊTÉE RÉPOND 'CHAQUE JOUR ' OU 'PRESQUE CHAQUE JOUR ', ENCERCLEZ LE CODE '95'.</p>	<p>N'A PAS BU D'ALCOOL ..... 00</p> <p>NOMBRE DE JOURS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>CHAQUE JOUR/ PRESQUE CHAQUE JOUR ..... 95</p>	→ 1113															
1112	<p>Nous considérons qu'une canette ou une bouteille de bière, un verre de vin, un verre de liqueur/whisky/cognac/vodka/rhum ou un verre de agene, lotoko, lunguila, kasiks, vin de palme, zododo est un verre d'alcool est un verre d'alcool.</p> <p>Au cours du dernier mois, les jours où vous avez bu de l'alcool, combien de verres buviez-vous habituellement par jour?</p> <p>MONTREZ LES PHOTOS DE VERRES STANDARD DES BOISSONS ALCOOLISÉES</p>	<p>MOINS D'UN VERRE STANDARD ..... 00</p> <p>NOMBRE DE VERRES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>																
1113	<p>Différentes raisons peuvent empêcher les femmes d'obtenir un avis médical ou de se faire soigner.</p> <p>Quand vous êtes malade et que vous voulez un avis médical ou un traitement, est-ce que chacune des raisons suivantes constitue, pour vous, un problème important ou bien ce n'est pas un problème important :</p> <p>a) Obtenir la permission d'aller voir un médecin ? b) Obtenir l'argent nécessaire pour la consultation (avis médical/conseil) ou le traitement ? c) La distance pour atteindre l'établissement de soins ? d) Ne pas vouloir y aller seule ?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>PROBLÈME IMPORTANT</th> <th>PAS UN PROBLÈME IMPORTANT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PERMISSION .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) OBTENIR L'ARGENT ..</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) DISTANCE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) ALLER SEULE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		PROBLÈME IMPORTANT	PAS UN PROBLÈME IMPORTANT	a) PERMISSION .....	1	2	b) OBTENIR L'ARGENT ..	1	2	c) DISTANCE .....	1	2	d) ALLER SEULE .....	1	2	
	PROBLÈME IMPORTANT	PAS UN PROBLÈME IMPORTANT																
a) PERMISSION .....	1	2																
b) OBTENIR L'ARGENT ..	1	2																
c) DISTANCE .....	1	2																
d) ALLER SEULE .....	1	2																
1114	Êtes-vous couverte par une assurance médicale ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 11B01															
1115	<p>Par quel type d'assurance médicale êtes-vous couverte ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MUTUELLE DE SANTÉ/ ASSURANCE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ..... A</p> <p>ASSURANCE SANTÉ PAR L'EMPLOYEUR ..... B</p> <p>SÉCURITÉ SOCIALE ..... C</p> <p>AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE ..... D</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>																

MODULE SUR LA FISTULE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1201	<p>Les femmes peuvent parfois avoir, en permanence, le jour et la nuit, un problème de pertes urinaires ou fécales par le vagin. Ce problème survient généralement à la suite d'un accouchement difficile, mais il peut aussi se produire après une agression sexuelle ou après une opération du petit bassin.</p> <p>Avez-vous, actuellement, en permanence, durant le jour et la nuit, des pertes urinaires ou fécales par le vagin ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 1204
1202	Avez-vous déjà eu ce problème?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 1204
1203	Avez-vous déjà entendu parler de ce problème ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 1301
1204	Est-ce-que ce problème a commencé après une naissance vivante ou d'un mort né ?	<p>APRÈS UNE NAISSANCE VIVANTE ..... 1</p> <p>APRÈS UN MORT-NE ..... 2</p> <p>NI L'UN NI L'AUTRE ..... 3</p>	→ 1206
1205	Est-ce que ce problème a commencé après un travail et un accouchement normaux ou après un travail et un accouchement très difficiles ?	<p>TRAVAIL/ACCOUCHEM. NORMAL ..... 1</p> <p>TRAVAIL/ACCOUCHEM. TRÈS DIFFICIL ..... 2</p>	→ 1207
1206	Selon vous, qu'est-ce qui a causé ce problème ?	<p>AGRESSION SEXUELLE ..... 1</p> <p>OPÉRATION DU PETIT BASSIN ..... 2</p> <p>AUTRE _____ 6 (SPECIFIEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	→ 1208
1207	Combien de jours après (CAUSE DU PROBLÈME DE 1204 OU 1206) les pertes ont-elles commencé ?	<p>NOMBRE DE JOURS APRÈS ACCOUCHEMENT / AUTRE ÉVÈNEMENT..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
1208	Avez-vous recherché un traitement pour ce problème ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 1210
1209	Pourquoi n'avez-vous pas recherché de traitement ?	<p>NE SAVAIT PAS QU'ON POUVAIT RÉPARER ..... A</p> <p>NE SAVAIT PAS OÙ ALLER ..... B</p> <p>TROP CHER ..... C</p> <p>TROP ÉLOIGNÉ ..... D</p> <p>MAUVAISE QUALITÉ DES SOINS ..... E</p> <p>N'A PAS PU OBTENIR PERMISSION ..... F</p> <p>GÊNÉE ..... G</p> <p>PROBLÈME A DISPARU ..... H</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	→ 1301

MODULE SUR LA FISTULE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1210	Après de qui avez-vous recherché un traitement en dernier?	<b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 1 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME ..... 2  <b>AUTRE PERSONNE</b> AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGEOISE ..... 3  AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
1211	Avez-vous eu une opération pour résoudre le problème ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1301
1212	Est-ce-que le traitement a stoppé complètement les pertes?	OUI, PERTES STOPPÉES COMPLÈTEMENT ..... 1 PERTES NON STOPPÉES MAIS RÉDUITES ..... 2 PERTES PAS STOPPÉES DU TOUT ..... 3	

## SECTION MODULE MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																												
1301	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos frères et soeurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère biologique, y compris ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés. Nous avons appris au cours des enquêtes précédentes qu'il peut être difficile d'établir une liste complète de tous les enfants nés de votre mère biologique. Nous travaillerons ensemble pour établir la liste la plus complète et pour vous aider à vous souvenir de tous vos frères et soeurs. Pouvez-vous maintenant me donner les noms de tous vos frères et soeurs nés de votre mère biologique ?</p> <p>NE REMPLISSEZ PAS ENCORE L'ORDRE DES FRÈRES ET SOEURS.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">NOM</th> <th style="width: 15%;">NUMÉRO D'ORDRE</th> <th style="width: 25%;">NOM</th> <th style="width: 35%;">NUMÉRO D'ORDRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a _____</td> <td><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td>k _____</td> <td><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b _____</td> <td><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td>l _____</td> <td><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c _____</td> <td><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td>m _____</td> <td><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>d _____</td> <td><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td>n _____</td> <td><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>e _____</td> <td><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td>o _____</td> <td><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>f _____</td> <td><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td>p _____</td> <td><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>g _____</td> <td><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td>q _____</td> <td><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>h _____</td> <td><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td>r _____</td> <td><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>i _____</td> <td><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td>s _____</td> <td><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>j _____</td> <td><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td>t _____</td> <td><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	NOM	NUMÉRO D'ORDRE	NOM	NUMÉRO D'ORDRE	a _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	k _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	b _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	l _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	c _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	m _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	d _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	n _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	e _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	o _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	f _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	p _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	g _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	q _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	h _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	r _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	i _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	s _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	j _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	t _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
NOM	NUMÉRO D'ORDRE	NOM	NUMÉRO D'ORDRE																																												
a _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	k _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																																												
b _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	l _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																																												
c _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	m _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																																												
d _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	n _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																																												
e _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	o _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																																												
f _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	p _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																																												
g _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	q _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																																												
h _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	r _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																																												
i _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	s _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																																												
j _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	t _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																																												
1302	<p>VÉRIFIEZ 1301:</p> <p style="text-align: center;">           AU MOINS UN FRÈRE <input type="checkbox"/>      AUCUN FRÈRE <input type="checkbox"/>            OU UNE SOEUR LISTÉ                      OU SOEUR LISTÉ         </p>		1304																																												
1303	<p>LISEZ LEURS NOMS À L'ENQUÊTÉE ET APRÈS LE DERNIER, DEMANDEZ : Y a-t-il d'autres frères et soeurs de la même mère que vous n'avez pas cités ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/>      OUI <input type="checkbox"/> → INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1301.</p>																																														
1304	<p>Il arrive que des personnes oublient de citer des enfants de leur mère biologique parce qu'ils ne vivent pas avec eux ou parce qu'ils ne se voient pas très souvent. Y a-t-il des frères ou soeurs qui ne vivent pas avec vous que vous n'avez pas cités ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/>      OUI <input type="checkbox"/> → INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1301.</p>																																														
1305	<p>Il arrive parfois que des personnes oublient de citer des enfants de leur mère biologique parce qu'ils sont décédés. Avez-vous des frères et soeurs qui sont décédés que vous n'avez pas cités ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/>      OUI <input type="checkbox"/> → INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1301.</p>																																														
1306	<p>Certaines personnes ont des frères ou soeurs de la même mère mais d'un père différent. Y a-t-il des frères ou soeurs nés de votre mère biologique mais qui ont un père biologique différent que vous n'avez pas cités ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/>      OUI <input type="checkbox"/> → INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1301.</p>																																														
1307	<p>COMPTEZ LE NOMBRE DE FRÈRES OU DE SOEURS ENREGISTRÉS À 1301.</p>	TOTAL DE FRÈRES ET SOEU ..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																																													

## SECTION MODULE MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1308	<p>VÉRIFIEZ 1307:</p> <p>Juste pour être sûre que j'ai le bon résultat : Votre mère a eu au TOTAL _____ naissances, sans vous compter, durant sa vie. Est-ce correct ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/>      NON <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 150px;">↓</p> <p style="margin-left: 250px;">→ VÉRIFIEZ ET CORRIGEZ 1301 ET/OU 1307.</p>		
1309	<p>VÉRIFIEZ 1307:</p> <p>AU MOINS UN FRÈRE <input type="checkbox"/> OU UNE SOEUR LISTÉ ↓</p> <p>AUCUN FRÈRE <input type="checkbox"/> OU SOEUR LISTÉ</p> <p style="margin-left: 250px;">→ 1400A</p>		1400A
1310	<p>Dites-moi, s'il vous plait, quel est le frère ou la soeur qui est né le premier (la première) ? Et qui a été le suivant/la suivante ?</p> <p>ENREGISTREZ '01' POUR LE NUMÉRO D'ORDRE À 1301 POUR LE PREMIER FRÈRE OU SOEUR, '02' POUR LE SECOND ET AINSI DE SUITE JUSQU'À CE QUE VOUS AYEZ ENREGISTRÉ LE NUMÉRO D'ORDRE POUR TOUS LES FRÈRES ET SOEURS.</p>		
1311	Combien de naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance ?	<p>NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENT..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	

## SECTION MODULE MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

1312	LISTEZ LES FRÈRES ET SOEURS SELON LE NUMÉRO D'ORDRE À 1301. POSEZ 1313 JUSQU'À 1324 POUR UN FRÈRE OU UNE SOEUR AVANT DE PASSER AU FRÈRE OU SOEUR SUIVANT. S'IL Y A PLUS DE 12 FRÈRES ET SOEURS, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.						
1313	NOM DU FRÈRE OU DE LA SOEUR.	(01)	(02)	(03)	(04)	(05)	(06)
1314	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. .... 1 FEM. .... 2	MASC. .... 1 FEM. .... 2	MASC. .... 1 FEM. .... 2	MASC. .... 1 FEM. .... 2	MASC. .... 1 FEM. .... 2	MASC. .... 1 FEM. .... 2
1315	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1317 ← NSP ..... 8 ALLEZ À (02) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1317 ← NSP ..... 8 ALLEZ À (03) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1317 ← NSP ..... 8 ALLEZ À (04) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1317 ← NSP ..... 8 ALLEZ À (05) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1317 ← NSP ..... 8 ALLEZ À (06) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1317 ← NSP ..... 8 ALLEZ À (07) ←
1316	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (02)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (03)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (04)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (05)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (06)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (07)
1317	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"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
1318	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ?  SI NE SAIT PAS, INSISTEZ ET POSEZ D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323
1319	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ..... 1 ALLEZ À 1323 ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1323 ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1323 ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1323 ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1323 ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1323 ← NON ..... 2
1320	Est-ce que (NOM) est décédée durant un accouchement ?	OUI ..... 1 ALLEZ À (02) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (03) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (04) ← NON ..... 2	YES ..... 1 ALLEZ À (05) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (06) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (07) ← NON ..... 2
1321	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois qui ont suivi la fin d'une grossesse ou un accouchement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1323 ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1323 ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1323 ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1323 ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1323 ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1323 ←
1322	Combien de jours après la fin de la grossesse ou l'accouchement (NOM) est-elle décédée ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
1323	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un acte de violence ?	OUI ..... 1 ALLEZ À (02) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (03) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (04) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (05) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (06) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (07) ← NON ..... 2
1324	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un accident ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À (02)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À (03)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À (04)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À (05)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À (06)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À (07)
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER A 1400A.							

## SECTION MODULE MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

1312	LISTEZ LES FRÈRES ET SOEURS SELON LE NUMÉRO D'ORDRE À 1301. POSEZ 1313 JUSQU'À 1324 POUR UN FRÈRE OU UNE SOEUR AVANT DE PASSER AU FRÈRE OU SOEUR SUIVANT. S'IL Y A PLUS DE 12 FRÈRES ET SOEURS, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.						
1313	NOM DU FRÈRE OU DE LA SOEUR.	(07)	(08)	(09)	(10)	(11)	(12)
1314	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. .... 1 FEM. .... 2	MASC. .... 1 FEM. .... 2	MASC. .... 1 FEM. .... 2	MASC. .... 1 FEM. .... 2	MASC. .... 1 FEM. .... 2	MASC. .... 1 FEM. .... 2
1315	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1317 ← NSP ..... 8 ALLEZ À (08) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1317 ← NSP ..... 8 ALLEZ À (09) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1317 ← NSP ..... 8 ALLEZ À (10) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1317 ← NSP ..... 8 ALLEZ À (11) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1317 ← NSP ..... 8 ALLEZ À (12) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1317 ← NSP ..... 8 ALLEZ À (13) ←
1316	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (08)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (09)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (10)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (11)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (12)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (13)
1317	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"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
1318	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ?  SI NE SAIT PAS, INSISTEZ ET POSEZ D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323
1319	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ..... 1 ALLEZ À 1323 ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1323 ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1323 ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1323 ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1323 ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1323 ← NON ..... 2
1320	Est-ce que (NOM) est décédée durant un accouchement ?	OUI ..... 1 ALLEZ À (08) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (09) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (10) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (11) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (12) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (13) ← NON ..... 2
1321	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois qui ont suivi la fin d'une grossesse ou un accouchement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1323 ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1323 ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1323 ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1323 ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1323 ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1323 ←
1322	Combien de jours après la fin de la grossesse ou l'accouchement (NOM) est-elle décédée ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
1323	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un acte de violence ?	OUI ..... 1 ALLEZ À (08) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (09) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (10) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (11) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (12) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (13) ← NON ..... 2
1324	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un accident ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À (08)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À (09)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À (10)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À (11)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À (12)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À (13)
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER A 1400A.							

MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																																	
1400A	VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE: MENAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUETE HOMME?  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 1438																																	
1400	VÉRIFIER LA PAGE DE COUVERTURE: LA FEMME EST SÉLECTIONNÉE POUR LE MODULE VIOLENCE DOMESTIQUE ?  FEMME SÉLECTIONNÉE POUR CETTE SECTION <input type="checkbox"/> NON SÉLECTIONNÉE FEMME <input type="checkbox"/>		→ 1438																																	
1401	VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES: NE PAS CONTINUER TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS SÛRE D'ÊTRE EN PRIVÉ.  VOUS ÊTES EN PRIVÉ ..... 1 IMPOSSIBLE D'ÊTRE EN PRIVÉ ..... 2		→ 1437																																	
1402	LISEZ À L'ENQUÊTÉE : Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions concernant certains autres aspects importants de la vie d'une femme. Vous allez trouver certaines de ces questions très personnelles. Cependant, vos réponses sont très importantes pour nous aider à connaître la condition des femmes en RDC. Je vous garantis que vos réponses resteront complètement confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. Je tiens aussi à vous assurer que personne d'autre que vous dans votre ménage ne saura que l'on vous a posé ces questions. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante.																																			
1403	VÉRIFIER 701 ET 702:  JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> PRÉCÉDEMMENT MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME (À LIRE AU PASSÉ ET UTILISER 'DERNIER' AVEC 'MARI/ PARTENAIRE MASCULIN') <input type="checkbox"/>		→ 1406 → 1406																																	
1404	Vous avez déclaré que vous n'étiez pas mariée et que vous ne viviez pas avec un homme comme si vous étiez mariée. Êtes-vous engagée actuellement dans une relation intime avec un homme bien que vous ne viviez pas avec lui ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1406																																	
1405	Avez-vous déjà été engagée dans une relation intime avec un homme bien que vous n'avez jamais vécu avec lui ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1419																																	
1406	Maintenant, je vais vous poser des questions sur des situations qui peuvent se produire entre certaines femmes et leur mari(mari/ partenaire masculin).  A. Dites-moi, s'il vous plaît, si les situations suivantes s'appliquent à vos relations avec votre (dernier)  B. Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?																																			
		<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th colspan="3">PAS DANS 12</th> </tr> <tr> <th>SOUVENT</th> <th>PARFOIS</th> <th>DERNIERS MOIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Il (est/était) jaloux ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres hommes ?</td> <td>OUI 1 NON 2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>b) Il vous (accuse/accusait) d'être infidèle ?</td> <td>OUI 1 NON 2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>c) Il ne vous (permet/permettait) pas de voir vos amies ?</td> <td>OUI 1 NON 2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>d) Il (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille ?</td> <td>OUI 1 NON 2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>e) Il (insiste /insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments ?</td> <td>OUI 1 NON 2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		DÉJÀ ARRIVÉ	PAS DANS 12			SOUVENT	PARFOIS	DERNIERS MOIS	a) Il (est/était) jaloux ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres hommes ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3	b) Il vous (accuse/accusait) d'être infidèle ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3	c) Il ne vous (permet/permettait) pas de voir vos amies ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3	d) Il (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3	e) Il (insiste /insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3	
	DÉJÀ ARRIVÉ	PAS DANS 12																																		
		SOUVENT	PARFOIS	DERNIERS MOIS																																
a) Il (est/était) jaloux ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres hommes ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3																																
b) Il vous (accuse/accusait) d'être infidèle ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3																																
c) Il ne vous (permet/permettait) pas de voir vos amies ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3																																
d) Il (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3																																
e) Il (insiste /insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3																																

MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À												
1407	<p>Maintenant, je voudrais vous poser d'autres questions sur vos relations avec votre (dernier) (mari/partenaire masculin).</p> <p>A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) (mari/partenaire masculin) :</p>	<p>B. Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, parfois seulement ou pas du tout ?</p>													
		<table border="1"> <thead> <tr> <th align="center">DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th align="center">SOUVENT</th> <th align="center">PARFOIS</th> <th align="center">PAS DANS 12 DERNIERS MOIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td align="center">OUI 1</td> <td align="center">→ 1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> <tr> <td align="center">NON 2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	PARFOIS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS	OUI 1	→ 1	2	3	NON 2 ↓				
DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	PARFOIS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS												
OUI 1	→ 1	2	3												
NON 2 ↓															
	a) Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes ?														
	b) Vous menace de vous blesser ou de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche ?														
	c) Vous insulte ou vous rabaisse?														
1408	<p>A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) (mari/partenaire masculin) vous ait fait l'une des choses suivantes :</p>	<p>B. Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, parfois seulement ou pas du tout ?</p>													
		<table border="1"> <thead> <tr> <th align="center">DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th align="center">SOUVENT</th> <th align="center">PARFOIS</th> <th align="center">PAS DANS 12 DERNIERS MOIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td align="center">OUI 1</td> <td align="center">→ 1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> <tr> <td align="center">NON 2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	PARFOIS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS	OUI 1	→ 1	2	3	NON 2 ↓				
DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	PARFOIS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS												
OUI 1	→ 1	2	3												
NON 2 ↓															
	a) vous bouscule, secoue ou vous jette quelque chose ?														
	b) vous gifle ?														
	c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?														
	d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?														
	e) vous donne des coups de pied, vous traîne par terre ou vous batte ?														
	f) essaye de vous étrangler ou de vous brûler avec l'intention de le faire ?														
	g) vous attaque avec un couteau, un fusil ou une autre arme ?														
	h) vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas ?														
	i) vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?														
	j) vous force en vous menaçant ou d'une autre manière à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?														

**MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																				
1409	VÉRIFIER 1408A (a-j):  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>AU MOINS UN <input type="checkbox"/> OUI' ↓</span> <span>PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> →</span> </div>		1411																				
1410	Est-ce qu'à la suite d'actes commis envers vous par votre (dernier) (mari/partenaire masculin), il vous est arrivé d'avoir :  a) des coupures, des hématomes ou des douleurs ?  b) des hématomes aux yeux, des entorses, des luxations ou des brûlures ?  c) des blessures profondes, des os cassés, des dents cassées ou d'autres blessures graves ?	OUI ..... 1 NON ..... 2  OUI ..... 1 NON ..... 2  OUI ..... 1 NON ..... 2																					
1411	Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de battre, de gifler, de donner des coups de pied ou de faire quelque chose d'autre avec l'intention de blesser physiquement votre (dernier) (mari/partenaire masculin) alors qu'il ne vous battait pas et ne vous faisait pas de mal physiquement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1413																				
1412	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de faire cela à votre (dernier) (mari/partenaire masculin) : souvent, parfois seulement ou pas du tout ?	SOUVENT ..... 1 PARFOIS ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3																					
1413	Est-ce que votre (dernier) (mari/partenaire masculin) boit (buvait) de l'alcool ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1415																				
1414	Combien de fois lui arrive-t-il (lui est-il arrivé) d'être ivre : souvent, parfois seulement ou jamais ?	SOUVENT ..... 1 PARFOIS ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3																					
1415	Vous est-il arrivé d'avoir peur (d'avoir eu peur) de votre (dernier) (mari/partenaire masculin) : de nombreuses fois, parfois ou jamais ?	PEUR LA PLUPART DU TEMPS ..... 1 PEUR PARFOIS ..... 2 JAMAIS PEUR ..... 3																					
1416	A. Jusqu'ici, nous avons parlé du comportement de votre (actuel/dernier) (mari/partenaire masculin). Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le comportement d'un de vos précédents maris ou de tout autre partenaires actuels ou précédents que vous avez pu avoir .	B. Il y a combien de temps que cela s'est produit ?																					
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th align="center">DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th align="center">IL Y A 0-11 MOIS</th> <th align="center">IL Y A 12 MOIS OU PLUS</th> <th align="center">NE SE SOUVIENT PAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td align="center" colspan="4">N'A JAMAIS EU UN AUTRE MARI/ PARTENAIRE MASCULIN ..... 6</td> </tr> <tr> <td align="center">OUI 1 NON 2 ↓</td> <td align="center">→ 1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> <tr> <td align="center">OUI 1 NON 2 ↓</td> <td align="center">→ 1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> <tr> <td align="center">OUI 1 NON 2 ↓</td> <td align="center">→ 1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> </tbody> </table>	DÉJÀ ARRIVÉ	IL Y A 0-11 MOIS	IL Y A 12 MOIS OU PLUS	NE SE SOUVIENT PAS	N'A JAMAIS EU UN AUTRE MARI/ PARTENAIRE MASCULIN ..... 6				OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	→ 1417
DÉJÀ ARRIVÉ	IL Y A 0-11 MOIS	IL Y A 12 MOIS OU PLUS	NE SE SOUVIENT PAS																				
N'A JAMAIS EU UN AUTRE MARI/ PARTENAIRE MASCULIN ..... 6																							
OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3																				
OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3																				
OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3																				

MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À	
1417	VÉRIFIER 1408A (h-j) ET 1416A (b):  AU MOINS UN <input type="checkbox"/> OUI' ↓	PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> OUI	→ 1419	
1418	Quel âge aviez-vous la première fois qu'un mari ou un partenaire masculin, actuel ou précédent, vous a forcée à avoir des rapports sexuels ou de pratiquer des actes sexuels que vous ne voulez pas ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98		
1419	VÉRIFIER 212 ET 232:  ACTUELLEMENT ENCEINTE 232=1 OU <input type="checkbox"/> A EU UNE GROSSESSE OU PLUS 212>0 ↓	PAS ENCEINTE 232=2 ET <input type="checkbox"/> N'A EU AUCUNE GROSSESSE 212=0	→ 1422	
1420	Est-ce qu'il est arrivé que quelqu'un vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pied ou vous fasse quelque chose d'autre pour vous faire mal physiquement alors que vous étiez enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1422	
1421	Qui a agi ainsi pour vous faire mal physiquement pendant que vous étiez enceinte ?  Quelqu'un d'autre ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MARI/PARTENAIRE ACTUEL ..... A MÈRE/ FEMME DU PÈRE ..... B PÈRE/ MARI DE LA MÈRE ..... C SOEUR/FRÈRE ..... D FILLE/FILS ..... E AUTRE PERSONNE APPARENTÉE ... F ANCIEN MARI/PARTENAIRE ..... G PETIT AMI ACTUEL ..... H ANCIEN PETIT AMI ..... I BELLE-MÈRE ..... J BEAU-PÈRE ..... K AUTRE BEAU-PARENT ..... L ENSEIGNANT ..... M CAMARADE D'ÉCOLE/DE CLASSE ... N EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL ..... O POLICE/SOLDAT ..... P  AUTRE _____ X (PRÉCISER)		
1422	VÉRIFIER 701 ET 702 ET 1404 ET 1405:  A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN <input type="checkbox"/> HOMME/ A DÉJÀ EU UN PARTENAIRE MASCULIN ↓  a) Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre qu'un mari ou partenaire masculin vous a battu, giflé, donné des coups de pieds ou fait quelque chose pour vous faire mal physiquement ? N'oubliez pas, je ne parle pas ici d'un mari ou d'un partenaire masculin.	N'A JAMAIS ÉTÉ MARIÉE/ N'A JAMAIS EU UN <input type="checkbox"/> PARTENAIRE MASCULIN ↓  b) Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un vous a battu, giflé ou donné des coups de pieds ou fait quelque chose d'autre pour vous faire mal physiquement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE ..... 3	→ 1425

MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1423	<p>Qui vous a agressé de cette façon ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	MÈRE/FEMME DU PÈRE ..... A PÈRE/MARI DE LA MÈRE ..... B SOEUR/FRÈRE ..... C FILLE/FILS ..... D AUTRE PERSONNE APPARENTÉE ... E PETIT AMI ACTUEL ..... F ANCIEN PETIT AMI ..... G BELLE-MÈRE ..... H BEAU-PÈRE ..... I AUTRE BEAU-PARENT ..... J ENSEIGNANT ..... K CAMARADE D'ÉCOLE/DE CLASSE ... L EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL ..... M POLICE/SOLDAT ..... N  AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
1424	<p>Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-il arrivé que (cette personne/ces personnes) vous agresse (vous agressent) physiquement : souvent, seulement de temps en temps ou pas du tout ?</p>	SOUVENT ..... 1 PARFOIS ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
1425	<p>VÉRIFIER 701 ET 702 ET 1404 ET 1405:</p> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME/ A DÉJÀ EU UN PARTENAIRE MASCULIN <input type="checkbox"/></p> <p>N'A JAMAIS ÉTÉ MARIÉE/ N'A JAMAIS EU UN UN PARTENAIRE MASCULIN <input type="checkbox"/></p>		→ 1427
1426	<p>À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un d'autre qu'un mari précédent ou un partenaire actuel ou précédent vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ? N'oubliez pas, je ne parle pas ici d'un mari ou d'un partenaire masculin.</p>	OUI ..... 1 NON ..... 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE ..... 3	→ 1428 → 1431
1427	<p>À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un vous a forcé de quelque manière que ce soit à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</p>	OUI ..... 1 NON ..... 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE ..... 3	→ 1431
1428	<p>VÉRIFIER 701 ET 702 ET 1404 ET 1405:</p> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME/ A DÉJÀ EU UN PARTENAIRE MASCULIN <input type="checkbox"/></p> <p>N'A JAMAIS ÉTÉ MARIÉE/ N'A JAMAIS EU UN PARTENAIRE MASCULIN <input type="checkbox"/></p> <p>a) Quel âge aviez-vous la première fois que quelqu'un d'autre qu'un mari ou un autre partenaire masculin, vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté?</p> <p>b) Quel âge aviez-vous la première fois que l'on vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté?</p>	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	
1429	<p>Qui vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	PÈRE/MARI DE LA MÈRE ..... A FRÈRE/DEMI-FRÈRE ..... B AUTRE PERSONNE APPARENTÉE ... C PETIT AMI ACTUEL ..... D ANCIEN PETIT AMI ..... E BEAU-PARENT ..... F AMI/RENCONTRE ..... G AMI DE LA FAMILLE ..... H ENSEIGNANT ..... I CAMARADE D'ÉCOLE/CLASSE ..... J EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL ..... K POLICE/SOLDAT ..... L PRÊTRE/RESPONSABLE RELIGIEUX M ÉTRANGER ..... N  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	

MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																				
1430	<p>VÉRIFIER 701 ET 702 ET 1404 ET 1405:</p> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME/ A DÉJÀ EU UN PARTENAIRE MASCULIN <input type="checkbox"/></p> <p>a) Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un d'autre qu'un mari précédent ou un partenaire masculin actuel ou précédent vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels contre votre volonté?</p>	<p>N'A JAMAIS ÉTÉ MARIÉE/ N'A JAMAIS EU UN PARTENAIRE MASCULIN <input type="checkbox"/></p> <p>b) Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</p> <p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>																					
1431	<p>VÉRIFIEZ 1408A (a-j), 1416A (a,b), 1420, 1422, 1426, ET 1427:</p> <p>AU MOINS UN <input type="checkbox"/> OUI' ↓</p>	<p>PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> OUI'</p>	→ 1435																				
1432	<p>Pensez à ce qui vous est arrivé parmi les choses dont nous venons de parler. Vous est-il arrivé de rechercher de l'aide ?</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>	→ 1434																				
1433	<p>Auprès de qui avez-vous recherché de l'aide ?</p> <p>Personne d'autre ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>PROPRE FAMILLE ..... A FAMILLE DU MARI/PARTENAIRE .. B MARI/PARTENAIRE ACTUEL/ANCIEN ..... C PETIT AMI ACTUEL/ANCIEN ..... D AMI ..... E VOISIN ..... F RESPONSABLE RELIGIEUX ..... G MÉDECIN/PERSONNEL MÉDICAL ... H POLICE ..... I AVOCAT ..... J ORGANISATION SERVICE SOCIAL ... K</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	→ 1435																				
1434	<p>Avez-vous parlé de cela à quelqu'un ?</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>																					
1435	<p>Pour autant que vous le sachiez, est-ce que votre père battait votre mère ?</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8</p>																					
<p>REMERCIEZ L'ENQUÊTÉE DE SA COOPÉRATION ET RÉAFFIRMEZ-LUI QUE SES RÉPONSES RESTERONT CONFIDENTIELLES. COMPLÉTEZ LES QUESTIONS CI-DESSOUS CONCERNANT LE MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE SEULEMENT.</p>																							
1436	<p>AVEZ-VOUS DÛ INTERROMPRE L'INTERVIEW PARCE QU'UN ADULTE A ESSAYÉ D'ÉCOUTER, EST VENU DANS LA PIÈCE OU A ESSAYÉ D'INTERVENIR D'UNE AUTRE MANIÈRE ?</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI, UNE FOIS</td> <td>OUI, PLUS D'UNE FOIS</td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td>MARI .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRE HOMME ADULTI... ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>FEMME ADULTE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ENFANT &lt;10ANS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>		OUI, UNE FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON	MARI .....	1	2	3	AUTRE HOMME ADULTI... ..	1	2	3	FEMME ADULTE .....	1	2	3	ENFANT <10ANS .....	1	2	3	
	OUI, UNE FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON																				
MARI .....	1	2	3																				
AUTRE HOMME ADULTI... ..	1	2	3																				
FEMME ADULTE .....	1	2	3																				
ENFANT <10ANS .....	1	2	3																				
1437	<p>COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE / SI L'ENQUÊTE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE N'A PAS PU ÊTRE MENÉE, DONNEZ LES RAISONS.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																						
1438	<p>ENREGISTREZ L'HEURE.</p>	<p>HEURES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>FIN INTER VIEW</p>																				

INSTRUCTIONS:

UN SEUL CODE DOIT FIGURER DANS CHAQUE CASE.  
UN CODE DOIT ÊTRE INSCRIT À CHAQUE MOIS À LA COLONNE 1.

CODES À UTILISER POUR CHAQUE COLONNE

COLONNE 1: NAISSANCES, GROSSESSES, UTILIS. CONTRACEP. (2)

N NAISSANCES  
G GROSSESSES  
F FIN DE GROSSESSE

0 AUCUNE MÉTHODE

1 STÉRILISATION FÉMININE  
2 STÉRILISATION MASCULINE  
3 DIU  
4 INJECTABLES  
5 IMPLANTS  
6 PILULE  
7 CONDOM  
8 CONDOM FÉMININ  
9 CONTRACEPTION D'URGENCE  
J MÉTHODE DES JOURS FIXES  
K MÉTHODE DE L'AMÉNORRÉE ET  
DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

L MÉTHODE DU RYTHME  
M RÉTRAIT  
X AUTRE MÉTHODE MODERNE  
Y AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE

COLONNE 2: DISCONTINUATION DE L'UTILISATION CONTRACEPTIVE

0 RAPPORTS SEX. PEU FRÉQUENTS/MARI ABSENT  
1 TOMBÉE ENCEINTE ALORS QU'ELLE UTILISAIT  
2 SOUHAITAIT TOMBER ENCEINTE  
3 MARI/PARTENAIRE DÉSA approuve  
4 VOULAIT MÉTHODE PLUS EFFICACE  
5 MODIFICATIONS MENSTRUELLES  
6 AUTRES EFFETS SECONDAIRES/  
SOUÇIS CONCERNANT LA SANTÉ  
7 MANQUE D'ACCESSIBILITÉ/TROP ÉLOIGNÉ  
8 COÛTE TROP CHER  
N PAS PRATIQUE À UTILISER  
F FATALISTE  
A DIFFICULTÉS POUR TOMBER ENCEINTE/MÉNopause  
D DISSOLUTION DU MARIAGE/SÉPARATION  
X AUTRE

(PRÉCISEZ)

Z NE SAIT PAS

(1) On suppose que l'année de la collecte est 2023. Pour la collecte commençant en 2024, toutes les références aux années de calendrier doivent être augmentées d'une année ; par exemple, 2017 doit être changé en 2018, 2018 doit être changé en 2019, 2019 doit être changé en 2020, et ainsi de suite pour toutes les années dans tout le questionnaire.

(2) Des codes peuvent être ajoutés pour d'autres méthodes, comme celles basées sur la connaissance de la fécondité.

			COL. 1	COL. 2		
	12	DEC	01			
	11	NOV	02			
	10	OCT	03			
<b>2</b>	09	SEP	04			<b>2</b>
	08	AOÛT	05			
<b>0</b>	07	JUL	06			<b>0</b>
<b>2</b>	06	JUIN	07			<b>2</b>
<b>3</b>	05	MAI	08			<b>3</b>
	04	AVRIL	09			
(1)	03	MARS	10			
	02	FEVRIER	11			
	01	JAN	12			
<hr/>						
	12	DEC	13			
	11	NOV	14			
	10	OCT	15			
<b>2</b>	09	SEP	16			<b>2</b>
	08	AOÛT	17			
<b>0</b>	07	JUL	18			<b>0</b>
<b>2</b>	06	JUIN	19			<b>2</b>
<b>2</b>	05	MAI	20			<b>2</b>
	04	AVRIL	21			
	03	MARS	22			
	02	FEVRIER	23			
	01	JAN	24			
<hr/>						
	12	DEC	25			
	11	NOV	26			
	10	OCT	27			
<b>2</b>	09	SEP	28			<b>2</b>
	08	AOÛT	29			
<b>0</b>	07	JUL	30			<b>0</b>
<b>2</b>	06	JUIN	31			<b>2</b>
<b>1</b>	05	MAI	32			<b>1</b>
	04	AVRIL	33			
	03	MARS	34			
	02	FEVRIER	35			
	01	JAN	36			
<hr/>						
	12	DEC	37			
	11	NOV	38			
	10	OCT	39			
<b>2</b>	09	SEP	40			<b>2</b>
	08	AOÛT	41			
<b>0</b>	07	JUL	42			<b>0</b>
<b>2</b>	06	JUIN	43			<b>2</b>
<b>0</b>	05	MAI	44			<b>0</b>
	04	AVRIL	45			
	03	MARS	46			
	02	FEVRIER	47			
	01	JAN	48			
<hr/>						
	12	DEC	49			
	11	NOV	50			
	10	OCT	51			
<b>2</b>	09	SEP	52			<b>2</b>
	08	AOÛT	53			
<b>0</b>	07	JUL	54			<b>0</b>
<b>1</b>	06	JUIN	55			<b>1</b>
<b>9</b>	05	MAI	56			<b>9</b>
	04	AVRIL	57			
	03	MARS	58			
	02	FEVRIER	59			
	01	JAN	60			
<hr/>						
	12	DEC	61			
	11	NOV	62			
	10	OCT	63			
<b>2</b>	09	SEP	64			<b>2</b>
	08	AOÛT	65			
<b>0</b>	07	JUL	66			<b>0</b>
<b>1</b>	06	JUIN	67			<b>1</b>
<b>8</b>	05	MAI	68			<b>8</b>
	04	AVRIL	69			
	03	MARS	70			
	02	FEVRIER	71			
	01	JAN	72			

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE  
À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES SUR L'INTERVIEW :

---

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

---

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES :

---

---

---

---

---

---

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ  
QUESTIONNAIRE STANDARD HOMME

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

IDENTIFICATION							
NOM DE LA LOCALITÉ (GRAPPE) _____							
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____							
NUMÉRO DE GRAPPE .....				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
NUMÉRO DU MÉNAGE .....				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE L'HOMME _____							
VISITES D'ENQUÊTEURS							
	1	2	3	VISITE FINALE			
DATE	_____	_____	_____	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>			
				MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>			
NOM DE L'ENQUÊTEUR	_____	_____	_____	ANNÉE No ENQUÊT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	RÉSULTAT* <input type="text"/> <input type="text"/>			
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="text"/>			
HEURE	_____	_____					
*CODES RÉSULTAT :    1 REMPLI                      4 REFUSÉ 2 PAS À LA MAISON    5 PARTIELLEMENT REMPLI    7 AUTRE _____ 3 DIFFÉRÉ                      6 INCAPACITÉ    (PRÉCISEZ)							
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<input type="text"/> <b>0</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>1</b>	LANGUE DE L'INTERVIEW**	<input type="text"/> <input type="text"/>	LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ**	<input type="text"/> <input type="text"/>	INTERPRÈTE (OUI = 1, NON = 2)	<input type="text"/>
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<b>FRANÇAIS</b>		**CODES LANGUES :		01 FRANÇAIS	03 LINGALA	05 TSHILUBA
					02 KIKONGO	04 SWAHILI	
ÉQUIPE	CHEF D'ÉQUIPE			CONTRÔLEUR CAPI			
<input type="text"/> <input type="text"/>	_____ NOM <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			_____ NOM <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
NUMÉRO	NUMÉRO			NUMÉRO			

PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_ . Je travaille pour l'Institut National de la Statistique (INS). Nous effectuons une étude nationale sur la santé et sur d'autres sujets partout en République Démocratique du Congo (RDC). Les informations que nous collectons aideront le gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette étude. Les questions prennent habituellement environ 30 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe de l'étude. Vous n'êtes pas obligé de participer à cette étude mais nous espérons que vous accepterez de répondre à nos questions car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

Si vous souhaitez plus d'informations sur l'étude, vous pouvez contacter les responsables de l'étude.

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

SIGNATURE DE L'ENQUÊTEUR \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

L'ENQUÊTÉ ACCEPTE  
 D'ÊTRE INTERVIEWÉ . . . 1

L'ENQUÊTÉ REFUSE  
 D'ÊTRE INTERVIEWÉ . . . 2 → FIN

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES DE L'ENQUÊTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À				
101	INSCRIVEZ L'HEURE.	HEURES ..... MINUTES .....	<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>				
102	Dans quelle province êtes-vous né ?	BAS-UELE ..... 01 ÉQUATEUR ..... 02 HAUT-KATANGA ..... 03 HAUT-LOMAMI ..... 04 HAUT-UELE ..... 05 ITURI ..... 06 KASAÏ ..... 07 KASAÏ CENTRAL ..... 08 KASAÏ ORIENTAL ..... 09 KINSHASA ..... 10 KONGO-CENTRAL ..... 11 KWANGO ..... 12 KWILU ..... 13 LOMAMI ..... 14 LUALABA ..... 15 MAI-NDOMBE ..... 16 MANIEMA ..... 17 MONGALA ..... 18 NORD-KIVU ..... 19 NORD-UBANGI ..... 20 SANKURU ..... 21 SUD-KIVU ..... 22 SUD-UBANGI ..... 23 TANGANYIKA ..... 24 TSHOPO ..... 25 TSHUAPA ..... 26  À L'EXTERIEUR DE LA RDC ..... 96	104 → 104				
103	Dans quel pays êtes-vous né ?	PAYS _____	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				

## SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES DE L'ENQUÊTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
104	Depuis combien de temps vivez-vous de manière continue à (NOM DE LA VILLE, COMMUNE RURALE OU VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE) ?  SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00'	ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  TOUJOURS ..... 95 VISITEUR ..... 96	<input type="checkbox"/> → 110
105	VÉRIFIEZ 104 :  00 - 04 ANS <input type="checkbox"/> ↓ 05 ANS <input type="checkbox"/> OU PLUS		→ 107
106	En quel mois et en quelle année avez-vous emménagé ici ?	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	Juste avant d'emménager ici, dans quelle province, viviez-vous ?	BAS-UELE ..... 01 ÉQUATEUR ..... 02 HAUT-KATANGA ..... 03 HAUT-LOMAMI ..... 04 HAUT-UELE ..... 05 ITURI ..... 06 KASAÏ ..... 07 KASAÏ CENTRAL ..... 08 KASAÏ ORIENTAL ..... 09 KINSHASA ..... 10 KONGO-CENTRAL ..... 11 KWANGO ..... 12 KWILU ..... 13 LOMAMI ..... 14 LUALABA ..... 15 MAI-NDOMBE ..... 16 MANIEMA ..... 17 MONGALA ..... 18 NORD-KIVU ..... 19 NORD-UBANGI ..... 20 SANKURU ..... 21 SUD-KIVU ..... 22 SUD-UBANGI ..... 23 TANGANYIKA ..... 24 TSHOPO ..... 25 TSHUAPA ..... 26  À L'EXTERIEUR DE LA RDC ..... 96	
108	Juste avant d'emménager ici, est-ce que vous viviez dans une ville, une commune rurale ou en zone rurale ?	VILLE ..... 1 COMMUNE RURALE ..... 2 MILIEU RURAL ..... 3	

**SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES DE L'ENQUÊTÉ**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
109	Pourquoi avez-vous emmenagé à cet endroit ?	EMPLOI ..... 01 ÉDUCATION/FORMATION ..... 02 MARIAGE ..... 03 RÉUNIFICATION FAMILIALE /AUTRE RAISON FAMILIALE ..... 04 RETOUR A DOMICILE ..... 05  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
109a	Pourquoi avez-vous déménagé de l'endroit ou vous viviez auparavant?	ABSENCE D'EMPLOI ..... 01 POURSUITE DES ETUDES ..... 02 REJOINDRE LA CONJOINTE ..... 03 REJOINDRE LES PARENTS/LA FAMILLE ..... 04 DÉPLACEMENT FORCÉ ..... 05  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
110	En quel mois et en quelle année êtes-vous né ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NE CONNAIT PAS LE MOIS ..... 98  ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  NE CONNAIT PAS L'ANNÉE ..... 9998	
111	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ?  COMPAREZ ET CORRIGEZ 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES .... <input type="text"/> <input type="text"/>	
112	Globalement, comment jugez-vous votre état de santé aujourd'hui ? : très bon, bon, assez bon , mauvais ou très mauvais?	TRÈS BON ..... 1 BON ..... 2 ASSEZ BON ..... 3 MAUVAIS ..... 4 TRÈS MAUVAIS ..... 5	
113	Êtes-vous allé à l'école ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 117
114	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE ..... 2 SUPÉRIEUR ..... 3	
115	Quelle est la classe la plus élevée que vous avez atteint à ce niveau ?	[CLASSE] ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
116	VÉRIFIEZ 114 :  PRIMAIRE OU <input type="checkbox"/> SECONDAIRE     ↓  SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/>		→ 119
117	Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase.  MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉ.  SI L'ENQUÊTÉ NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ : Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT ..... 1 PEUT SEULEMENT LIRE UNE PARTIE DE LA PHRASE ..... 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE ..... 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE SOUHAITÉE PAR L'ENQUÊTÉ ..... 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE)  AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE ..... 5	

## SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES DE L'ENQUÊTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
118	VÉRIFIEZ 117 :  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">           CODE '2', '3' OU '4' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">           CODE '1' OU '5' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 120
119	Lisez-vous un journal ou un magazine au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
120	Écoutez-vous la radio au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
121	Regardez-vous la télévision au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
122	Avez-vous un téléphone portable ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 127
123	Est-ce que votre téléphone portable est un smart phone (téléphone intelligent avec quelques applications informatiques comme l'internet) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
127	Avez-vous déjà utilisé l'Internet depuis n'importe quel endroit à partir de n'importe quel appareil ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 130
128	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé l'Internet ?  SI NÉCESSAIRE, INSISTEZ POUR L'UTILISATION À PARTIR DE N'IMPORTE QUEL ENDROIT ET DE N'IMPORTE QUEL APPAREIL	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 130
129	Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous utilisé l'Internet : presque chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRESQUE CHAQUE JOUR ..... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE..... 3 PAS DU TOUT ..... 4	
130	Quelle est votre religion ?	CATHOLIQUE ..... 01 PROTESTANTE ..... 02 ARMÉE DU SALUT ..... 03 KIMBANGUISTE ..... 04 MUSULMANE ..... 05 EGLISE DE REVEIL ..... 06 TEMOINS DE JEHOVAH ..... 07 ANIMISME/RELIGION TRADITIONNELLE .... 08 SANS RELIGION ..... 09  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur tous les enfants que vous avez eus durant votre vie. Je m'intéresse à tous vos enfants biologiques, même s'ils ne sont pas légalement les vôtres ou s'ils ne portent pas votre nom. Avez-vous ou avez-vous eu des enfants que vous avez engendrés ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 206								
202	Avez-vous des fils ou des filles dont vous êtes le père et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 204								
203	a) Combien de fils vivent avec vous ? b) Et combien de filles vivent avec vous ?  SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) 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> b) 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 dont vous êtes le père qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206								
205	a) Combien de fils sont vivants mais qui ne vivent pas avec vous ? b) Combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) 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> b) 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 eu une fille ou un garçon qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ?  SI NON, INSISTEZ : Aucun bébé qui a crié ou fait un mouvement, qui a émis un son ou essayé de respirer ou qui a montré d'autres signes de vie même pendant un très court moment ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 208								
207	a) Combien de garçons sont décédés ? b) Combien de filles sont décédées ?  SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) 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> b) 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 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL DES ENFANTS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIEZ 208 :  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>A EU <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS D'UN ENFANT ↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>N'A EU AUCUN ENFANT <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>A EU <input type="checkbox"/></p> <p>SEULEMENT UN ENFANT</p> </div> </div>		→ 211 → 301								
210	Est-ce que tous les enfants dont vous êtes le père ont tous la même mère biologique ?	OUI ..... 1 NON ..... 2									
211	VÉRIFIEZ 208 :  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>A EU <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS D'UN ENFANT ↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>A EU <input type="checkbox"/></p> <p>SEULEMENT UN ENFANT ↓</p> </div> </div> <p>a) Quel âge aviez-vous quand votre premier enfant est né ?      b) Quel âge aviez-vous quand votre enfant est né ?</p>	ÂGE EN ANNÉES REVOLUES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									

## SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
212	VÉRIFIEZ 203 ET 205 : AU MOINS UN <input type="checkbox"/> ENFANT VIVANT ↓	AUCUN ENFANT <input type="checkbox"/> VIVANT	→ 301
213	VÉRIFIEZ 203 ET 205 : PLUS D'UN ENFANT <input type="checkbox"/> VIVANT ↓ SEULEMENT UN <input type="checkbox"/> ENFANT VIVANT ↓ a) Quel âge a votre plus jeune enfant ?    b) Quel âge a votre enfant ?	ÂGE EN ANNÉES REVOLUES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
214	VÉRIFIEZ 213 : (LE PLUS JEUNE) ENFANT A <input type="checkbox"/> 0-2 ANS ↓ (LE PLUS JEUNE) ENFANT A <input type="checkbox"/> 3 ANS OU PLUS		→ 301
215	VÉRIFIEZ 203 ET 205 : PLUS D'UN ENFANT <input type="checkbox"/> VIVANT ↓ SEULEMENT UN <input type="checkbox"/> ENFANT VIVANT ↓ a) Quel est le nom de votre plus jeune enfant ?    b) Quel est le nom de votre enfant ?	_____ (NOM DE L'ENFANT (LE PLUS JEUNE))	
216	Quand la mère de (NOM) était enceinte de (NOM), a-t-elle eu des examens prénatals ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 218
217	Est-ce que vous étiez présent pendant l'un de ces examens prénatals ?	PRÉSENT ..... 1 PAS PRÉSENT ..... 2	
218	Est-ce que (NOM) est né dans un hôpital ou un établissement de soins ?	HÔPITAL/ÉTABLISSEMENT DE SOINS ..... 1 AUTRE ..... 2	→ 301
219	Êtes-vous allé avec la mère de (NOM) à l'hôpital ou l'établissement de soins au moment où elle a donné naissance à (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

## SECTION 3. CONTRACEPTION

301	Je voudrais maintenant que nous parlions de planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE) ?		
01	Stérilisation féminine. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
02	Stérilisation masculine. INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
03	DIU. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin ou une infirmière leur place dans l'utérus pour leur éviter une grossesse pendant une année ou plus.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
04	Injectables. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour leur éviter une grossesse pendant un mois ou plus.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
05	Implants. INSISTEZ : Les femmes peuvent se faire insérer par un médecin ou une infirmière un bâtonnet ou plus sous la peau du haut du bras pour leur éviter une grossesse, pendant une année ou plus.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
06	Pilule. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter une grossesse.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
07	Condom. INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
08	Condom féminin. INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
09	Contraception d'urgence. INSISTEZ : Comme mesure d'urgence, les femmes peuvent prendre, dans les 3 jours qui suivent des rapports sexuels non protégés, des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
10	Méthode des Jours Fixes (MJF). INSISTEZ : Les femmes utilisent un collier de perles de couleurs différentes pour connaître les jours où elles peuvent tomber enceintes. Durant ces jours où elles peuvent tomber enceintes, elles utilisent un condom ou elles s'abstiennent de rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
11	Méthode de l'allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA). INSISTEZ : Pendant 6 mois après la naissance d'un enfant, avant que les règles ne soient revenues, les femmes utilisent une méthode qui demande d'allaiter fréquemment le jour et la nuit.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
12	Méthode du rythme. INSISTEZ : Pour éviter une grossesse, les femmes n'ont pas de rapports sexuels les jours où elles pensent qu'elles peuvent tomber enceintes.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
13	Retrait/Coït interrompu. INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant	OUI ..... 1 NON ..... 2	
14	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes qu'une femme ou un homme peut utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI, MÉTHODE MODERNE  _____ A (PRECISEZ)  OUI, MÉTHODE TRADITIONNELLE  _____ B (PRECISEZ)  NON ..... Y	

## SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
302	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous : a) Entendu à la radio un message sur la planification familiale ? b) Vu à la télévision quelque chose sur la planification familiale ? c) Lu dans un journal ou un magazine quelque chose sur la planification familiale ? d) Reçu un message vocal ou un texte sur la planification familiale sur un téléphone portable ? e) Vu quelque chose sur la planification familiale sur les media sociaux comme Facebook, Twitter, ou Instagram ? f) Vu quelque chose sur la planification familiale sur un poster, un dépliant ou une brochure ? g) Avez-vous vu quelque chose sur la planification familiale sur une affiche ou un panneau d'affichage à l'extérieur ? h) Entendu quelque chose sur la planification familiale au cours de réunions ou à l'occasion d'évènements dans la communauté ?	<p style="text-align: right;">OUI    NON</p> a) RADIO ..... 1    2 b) TÉLÉVISION ..... 1    2 c) JOURNAL OU MAGAZINE .... 1    2 d) PORTABLE ..... 1    2 e) FACEBOOK/TWITTER/ INSTAGRAM ..... 1    2 f) POSTER/DÉPLIANT/ BROCHURE ..... 1    2 g) AFFICHE/PANNEAU D'AFFICHAGE .. 1    2 h) RÉUNIONS/ÉVÈNEMENTS DANS COMMUNAUTÉ ..... 1    2	
303	Au cours des derniers mois, avez-vous parlé de planification familiale avec un agent de santé ou un professionnel de santé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
304	Je voudrais maintenant vous parler du risque d'une femme de tomber enceinte. Entre la période des règles et les règles suivantes, est-ce qu'il y a une période où la femme a plus de chance de tomber enceinte lorsqu'elle a des relations sexuelles ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 306
305	Est-ce que cette période se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles soient terminées ou bien au milieu de deux périodes de règles ?	JUSTE AVANT QUE LES RÈGLES NE COMMENCENT ..... 1 PENDANT LES RÈGLES ..... 2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES ..... 3 AU MILIEU, ENTRE DEUX PÉRIODES ..... 4  AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8	
306	Après la naissance d'un enfant, est-ce qu'une femme peut tomber enceinte avant que ses règles soient revenues ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
307	Je vais vous lire maintenant certaines déclarations sur la contraception. Dites-moi, s'il vous plait, si vous êtes d'accord ou pas d'accord avec chacune de ces déclarations ? a) La contraception est un problème de femme et un homme ne doit pas s'en préoccuper. b) Une femme qui utilise la contraception peut devenir une femme légère.	<p style="text-align: right;">PAS D'ACCORC    D'ACCORD    NSP</p> a) CONTRACEPTION EST UN PROBLÈME DE FEMME    1    2    8 b) FEMME PEUT DEVENIR LÉGÈRE    1    2    8	
307B	Approuvez-vous que votre femme utilise des contraceptifs modernes?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

**SECTION 4. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À	
401	Êtes-vous actuellement marié ou vivez-vous avec une femme comme si vous étiez marié ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉ ..... 1 OUI, VIT AVEC UNE FEMME ..... 2 NON, PAS EN UNION ..... 3	→ 404	
402	Avez-vous déjà été marié ou avez-vous vécu avec une femme comme si vous étiez marié ?	OUI, A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉ ..... 1 OUI, A VÉCU AVEC UNE FEMME ..... 2 NON ..... 3	→ 413	
403	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuf, divorcé ou séparé ?	VEUF ..... 1 DIVORCÉ ..... 2 SÉPARÉ ..... 3	→ 410	
404	Est-ce que votre (épouse/partenaire) vit actuellement avec vous ou vit-elle ailleurs ?	VIT AVEC LUI ..... 1 VIT AILLEURS ..... 2		
405	Avez-vous d'autres épouses ou vivez-vous avec d'autres femmes comme si vous étiez marié ?	OUI (PLUS D'UNE ÉPOUSE) ..... 1 NON (SEULEMENT UNE ÉPOUSE) ..... 2	→ 407	
406	En tout, combien avez-vous d'épouses ou de partenaires avec qui vous vivez comme si vous étiez marié ?	NOMBRE TOTAL D'ÉPOUSES ET DE FEMMES AVEC QUI IL VIT COMME MARIÉ	<input type="text"/> <input type="text"/>	
407	<p>VÉRIFIEZ 405 :</p> <p>UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS D'UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/></p> <p>a) Dites-mois, s'il vous plait, le nom de (votre épouse/partenaire avec qui vous vivez comme si vous étiez marié).</p> <p>b) Dites-mois, s'il vous plait, le nom de votre (première/suivante) épouse ou partenaire avec qui vous vivez comme si vous étiez marié.</p> <p>INSCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DU TABLEAU MÉNAGE POUR LA (PREMIÈRE/SUIVANTE) ÉPOUSE OU PARTENAIRE AVEC QUI IL VIT COMME MARIÉ.</p> <p>SI UNE FEMME N'EST PAS LISTÉE DANS LE MÉNAGE, INSCRIVEZ '00'.</p>	<p>NOM</p> <p>NUMÉRO DE LIGNE</p> <p>_____ <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>_____ <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>_____ <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>_____ <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>408</p> <p>Quel âge avait (NOM/cette épouse ou partenaire) à son dernier anniversaire ?</p> <p>ÂGE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>	
408	<p>Quel âge avait (NOM/cette épouse ou partenaire) à son dernier anniversaire ?</p> <p>RETOURNER AU 407 POUR LA FEMME OU PARTENAIRE RÉSIDENTIEL SUIVANTE</p>			
409	<p>VÉRIFIEZ 407 :</p> <p>UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS D'UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/></p>		→ 411	
410	Avez-vous été marié ou avez-vous vécu avec une femme une seule fois ou plus d'une fois ?	PLUS D'UNE FOIS ..... 1 UNE SEULE FOIS ..... 2		

## SECTION 4. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
411	<p>VÉRIFIEZ 405 ET 410 :</p> <p>LES DEUX SONT <input type="checkbox"/> CODE '2' ↓</p> <p>AUTRE <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>a) En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (épouse/partenaire) ?</p> <p>b) Je voudrais maintenant vous parler de votre première (épouse/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec elle ?</p>	<p>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAIT PAS LE MOIS ..... 98</p> <p>ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAIT PAS L'ANNÉE ..... 9998</p>	<p>→ 413</p>
412	<p>Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec elle pour la première fois ?</p>	<p>ÂGE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
413	<p><b>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ.</b></p>		
414	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains aspects importants de la vie. Je voudrais vous assurer de nouveau que toutes vos réponses sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante.</p> <p>Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels ?</p>	<p>N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS! . . . . 00</p> <p>ÂGE EN ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>→ 501</p>
415	<p>Je voudrais vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente.</p> <p>Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la dernière fois ?</p> <p>SI MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS. SI 12 MOIS (UNE ANNÉE) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.</p>	<p>IL Y A DES JOURS . . . . . 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>IL Y A DES SEMAINES . . . . . 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>IL Y A DES MOIS . . . . . 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>IL Y A DES ANNÉES . . . . . 4 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>→ 429</p>
416	<p>La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce que vous ou votre partenaire avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>→ 418</p>
417	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>→ 419</p>



## SECTION 4. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
421	<p>Où vous étiez-vous procuré le condom la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ OU SI C'EST UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL NATIONAL/</p> <p>CLINIQUES UNIVERSITAIRES ..... #</p> <p>HOPITAL PROVINCIAL ..... #</p> <p>HOPITAL GENERAL DE REFERENCE .... #</p> <p>CENTRE HOSPITALIER/</p> <p>CENTRE DE SANTE DE REFERENCE .... #</p> <p>CENTRE DE SANTE ..... #</p> <p>POSTE DE SANTE/DISPENSAIRE ..... #</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/</p> <p>AGENT DE TERRAIN ..... #</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ #</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL ..... 21</p> <p>CLINIQUE/POLYCLINIQUE ..... 22</p> <p>PHARMACIE ..... 23</p> <p>CENTRE DE SANTE ..... 24</p> <p>MÉDECIN/CABINET MEDICAL ..... #</p> <p>MATERNITE ..... #</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... #</p> <p>INFIRMIER AMBULANT ..... #</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ #</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG ..... 31</p> <p>CLINIQUE ONG ..... 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG</p> <p>_____ 36</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... 41</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE ..... 42</p> <p>AMIS/PARENTS ..... 43</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	
422	<p>Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ?</p> <p>SI PETITE AMIE : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez marié ?</p> <p>SI OUI, ENCERCLEZ '2'.</p> <p>SI NON, ENCERCLEZ '3'.</p>	<p>ÉPOUSE ..... 1</p> <p>PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉ ..... 2</p> <p>PETITE AMIE NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉ ..... 3</p> <p>RENCONTRE OCCASIONNELLE ..... 4</p> <p>TRAVAILLEUSE DU SEXE ..... 5</p> <p>AUTRE _____ 6</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
423	<p>À part cette personne, avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 429

## SECTION 4. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
424	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette deuxième personne, est-ce qu'un condom a été utilisé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
425	Quelle était votre relation avec cette seconde personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ?  SI PETITE AMIE: Viviez-vous ensemble comme si vous étiez marié ?  SI OUI, ENREGISTREZ '2'. SI NON, ENREGISTREZ '3'.	ÉPOUSE ..... 1 PARTENAIRE AVEC QUI IL VIT ..... 2 PETITE AMIE NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉ ..... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE ..... 4 TRAVAILLEUSE DU SEXE ..... 5  AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
426	À part ces deux personnes, avez-vous eu des rapports sexuels avec d'autres personnes au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 429
427	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette troisième personne, est-ce qu'un condom a été utilisé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
428	Quelle était votre relation avec cette troisième personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ?  SI PETITE AMIE : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez marié ?  SI OUI, ENCERCLEZ '2'. SI NON, ENCERCLEZ '3'.	ÉPOUSE ..... 1 PARTENAIRE AVEC QUI IL VIT ..... 2 PETITE AMIE NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉ ..... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE ..... 4 TRAVAILLEUSE DU SEXE ..... 5  AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
429	En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ?  DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE FOIS EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	NOMBRE DE PARTENAIRES SUR LA DURÉE DE VIE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98	

## SECTION 5. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À														
501	VÉRIFIEZ 401 : ACTUELLEMENT MARIÉ OU <input type="checkbox"/> NON MARIÉ ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> VIVANT AVEC UNE PARTENAIRE ↓ ET NE VIVANT PAS AVEC UNE PARTENAIRE		→ 514														
502	VÉRIFIEZ 418 : HOMME NON STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> OU QUESTION NON POSÉE ↓	HOMME <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ	→ 514														
503	VÉRIFIEZ 407 : UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/> ↓	PLUS D'UNE <input type="checkbox"/> ÉPOUSE/ PARTENAIRE	→ 509														
504	Est-ce que votre (épouse/partenaire) est actuellement enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 507														
505	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Après l'enfant que vous et votre (épouse/partenaire) attendez maintenant, souhaiteriez-vous un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus avoir d'enfants ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT ..... 1 PAS D'AUTRE ENFANT ..... 2 INDÉCIS/NE SAIT PAS ..... 8	→ 514														
506	Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉES ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993 AUTRE ..... 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 998									→ 514						
507	VÉRIFIEZ 208 : <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 50%; text-align: center;">A EU <input type="checkbox"/> DES ENFANTS ↓</td><td style="width: 5%; border-left: 1px dashed black;"></td><td style="width: 45%; text-align: center;">N'A PAS <input type="checkbox"/> D'ENFANT ↓</td></tr><tr><td>a) Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez- vous avoir un autre enfant ou préféreriez- vous ne plus avoir d'enfant ?</td><td style="border-left: 1px dashed black;"></td><td>b) Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez- vous avoir un enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'enfant ?</td></tr></table>	A EU <input type="checkbox"/> DES ENFANTS ↓		N'A PAS <input type="checkbox"/> D'ENFANT ↓	a) Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez- vous avoir un autre enfant ou préféreriez- vous ne plus avoir d'enfant ?		b) Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez- vous avoir un enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'enfant ?	VEUT (UN/UN AUTRE) ENFANT ..... 1 PLUS D'ENFANT/AUCUN ..... 2 DIT QUE LE COUPLE NE PEUT PAS AVOIR D'ENFANT ..... 3 ÉPOUSE/PARTENAIRE STÉRILISÉE ..... 4 ENQUÊTÉ STÉRILISÉ ..... 5 INDÉCIS/NE SAIT PAS ..... 8	→ 514								
A EU <input type="checkbox"/> DES ENFANTS ↓		N'A PAS <input type="checkbox"/> D'ENFANT ↓															
a) Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez- vous avoir un autre enfant ou préféreriez- vous ne plus avoir d'enfant ?		b) Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez- vous avoir un enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'enfant ?															
508	VÉRIFIEZ 208 : <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 50%; text-align: center;">A <input type="checkbox"/> DES ENFANTS ↓</td><td style="width: 5%; border-left: 1px dashed black;"></td><td style="width: 45%; text-align: center;">N'A PAS <input type="checkbox"/> D'ENFANT ↓</td></tr><tr><td>a) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un autre enfant ?</td><td style="border-left: 1px dashed black;"></td><td>b) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un enfant ?</td></tr></table>	A <input type="checkbox"/> DES ENFANTS ↓		N'A PAS <input type="checkbox"/> D'ENFANT ↓	a) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un autre enfant ?		b) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un enfant ?	MOIS ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉES ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993 DIT QUE LE COUPLE NE PEUT PAS AVOIR D'ENFANT ..... 994 AUTRE ..... 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 998									→ 514
A <input type="checkbox"/> DES ENFANTS ↓		N'A PAS <input type="checkbox"/> D'ENFANT ↓															
a) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un autre enfant ?		b) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un enfant ?															

## SECTION 5. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
509	Est-ce que l'une de vos (épouses/partenaires) est actuellement enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 512								
510	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Après la naissance de l'enfant que vous et votre (épouse/partenaire) attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus avoir d'enfant ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT ..... 1 NE PLUS EN AVOIR ..... 2 INDÉCIS/NE SAIT PAS ..... 8	→ 514								
511	Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉES ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993 AUTRE ..... 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 998									→ 514
512	VÉRIFIEZ 208:  A DES ENFANTS <input type="checkbox"/> N'A PAS D'ENFANT <input type="checkbox"/> a) Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus avoir d'enfant ? b) Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir un enfant ou préféreriez-vous pas avoir d'enfant ?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ..... 1 PLUS D'ENFANT/AUCUN ..... 2 DIT QUE LE COUPLE NE PEUT PAS AVOIR D'ENFANT ..... 3 ÉPOUSE (ÉPOUSES/PARTENAIRES) STÉRILISÉES ..... 4 ENQUÊTÉ STÉRILISÉ ..... 5 INDÉCIS/NE SAIT PAS ..... 8	→ 514								
513	VÉRIFIEZ 208 :  A DES ENFANTS <input type="checkbox"/> N'A PAS D'ENFANT <input type="checkbox"/> a) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un autre enfant ? b) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un enfant ?	MOIS ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉES ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993 DIT QUE LE COUPLE NE PEUT PAS AVOIR D'ENFANT ..... 994 AUTRE ..... 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 998									
514	VÉRIFIEZ 203 ET 205 :  A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> AUCUN ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/> a) Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et que vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ? INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE. b) Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien en voudriez-vous ?	AUCUN ..... 00  NOMBRE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)			→ 601   → 601						

## SECTION 5. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À						
515	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">GARÇONS</th> <th style="text-align: center;">FILLES</th> <th style="text-align: center;">PEU IMPORTE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </tbody> </table> <p>NOMBRE . . .</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>	GARÇONS	FILLES	PEU IMPORTE				
GARÇONS	FILLES	PEU IMPORTE							

## SECTION 6. EMPLOI ET RÔLE DES SEXES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
601	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 7 derniers jours ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 604
602	Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des 7 derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter pour congé, maladie, vacances ou pour une autre raison ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 604
603	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 607
604	Quelle est votre occupation ? C'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?	_____ _____ _____	
605	Travaillez-vous habituellement toute l'année, ou de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE ..... 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE ..... 2 DE TEMPS EN TEMPS ..... 3	
606	Êtes-vous payé en argent ou en nature pour ce travail ou n'êtes-vous pas payé du tout ?	ARGENT SEULEMENT ..... 1 ARGENT ET NATURE ..... 2 NATURE SEULEMENT ..... 3 PAS PAYÉ ..... 4	
607	VÉRIFIEZ 401 : ACTUELLEMENT MARIÉ OU <input type="checkbox"/> NON MARIÉ ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> VIVANT AVEC UNE PARTENAIRE <input type="checkbox"/> ET NE VIVANT <input type="checkbox"/> PAS AVEC UNE PARTENAIRE		→ 612
608	VÉRIFIEZ 606 : CODE '1' OU '2' <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓		→ 610
609	Habituellement, qui décide comment l'argent que vous gagnez va être utilisé : c'est vous, votre (épouse/partenaire), ou conjointement vous et votre (épouse/partenaire) ?	ENQUÊTÉ ..... 1 ÉPOUSE/PARTENAIRE ..... 2 ENQUÊTÉ ET ÉPOUSE/ PARTENAIRE ENSEMBLE ..... 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
610	Habituellement, qui prend les décisions en ce qui concerne vos propres soins de santé : vous, votre (épouse/partenaire), vous et votre (épouse/partenaire) conjointement ou quelqu'un d'autre ?	ENQUÊTÉ ..... 1 ÉPOUSE/PARTENAIRE ..... 2 ENQUÊTÉ ET ÉPOUSE/ PARTENAIRE CONJOINTEMENT ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 AUTRE ..... 6	
611	Qui prend habituellement les décisions concernant les achats importants pour le ménage ?	ENQUÊTÉ ..... 1 ÉPOUSE/PARTENAIRE ..... 2 ENQUÊTÉ ET ÉPOUSE/ PARTENAIRE CONJOINTEMENT ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 AUTRE ..... 6	

## SECTION 6. EMPLOI ET RÔLE DES SEXES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																								
612	Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seul ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEUL SEULEMENT ..... 01 CONJOINTEMENT AVEC ÉPOUSE/PARTENAIRE SEULEMENT ..... 02 CONJOINTEMENT AVEC QUELQU'UN D'AUTRE SEULEMENT ..... 03 CONJOINTEMENT AVEC ÉPOUSE/ PARTENAIRE ET QUELQU'UN D'AUTRE .. 04 SEUL ET CONJOINTEMENT ..... 05 N'EN POSSÈDE PAS ..... 06	→ 615																								
613	Avez-vous un titre de propriété ou un autre document reconnu par le gouvernement pour une maison que vous possédez ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 615																								
614	Est-ce que votre nom figure sur ce document ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																									
615	Est-ce que vous possédez de la terre agricole ou non agricole, seul ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEUL SEULEMENT ..... 01 CONJOINTEMENT AVEC ÉPOUSE/PARTENAIRE SEULEMENT ..... 02 CONJOINTEMENT AVEC QUELQU'UN D'AUTRE SEULEMENT ..... 03 CONJOINTEMENT AVEC ÉPOUSE/ PARTENAIRE ET QUELQU'UN D'AUTRE .. 04 SEUL ET CONJOINTEMENT ..... 05 N'EN POSSÈDE PAS ..... 06	→ 617A																								
616	Avez-vous un titre de propriété ou un autre document reconnu par le gouvernement pour des terres que vous possédez ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 617A																								
617	Est-ce que votre nom figure sur ce document ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																									
617A	Avez-vous un compte dans une banque ou dans une autre institution financière que vous pouvez utiliser vous-même ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 617C																								
617B	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vous-même déposé de l'argent sur ce compte ou en avez-vous retiré ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																									
617C	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé un téléphone portable pour effectuer des transactions financières comme envoyer ou recevoir de l'argent, payer des factures, acheter des biens ou des services ou recevoir un salaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																									
618	Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Si elle sort sans le lui dire ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) Si elle néglige les enfants ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) Si elle argumente avec lui ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) Si elle brûle la nourriture ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) Si elle sort sans le lui dire ?	1	2	8	b) Si elle néglige les enfants ?	1	2	8	c) Si elle argumente avec lui ?	1	2	8	d) Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?	1	2	8	e) Si elle brûle la nourriture ?	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																								
a) Si elle sort sans le lui dire ?	1	2	8																								
b) Si elle néglige les enfants ?	1	2	8																								
c) Si elle argumente avec lui ?	1	2	8																								
d) Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?	1	2	8																								
e) Si elle brûle la nourriture ?	1	2	8																								
619	À votre connaissance, est-ce qu'il est arrivé que votre père batte votre mère ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																									

## SECTION 7. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
700	Je voudrais maintenant parler avec vous du VIH et du sida.		
701	Avez-vous déjà entendu parler du VIH ou du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 729
702	VÉRIFIEZ 111 : ÂGE 15-24 ANS <input type="checkbox"/> ↓ 25 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/>		→ 708
703	Le VIH est le virus qui cause le sida. Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
704	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par les piqûres de moustiques ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
704a	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en utilisant le sang testé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
705	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
706	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne qui a le sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
707	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
708	Avez-vous entendu parler des TAR, c'est-à-dire des médicaments antirétroviraux qui traitent le VIH	OUI ..... 1 NON ..... 2	
709	Est-ce qu'il y a des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme ayant contracté le VIH pour réduire le risque de transmission au bébé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
709a	Pouvez-vous accepter d'avoir des rapports sexuels avec votre femme/partenaire si elle est infectée par le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
710	Avez-vous entendu parler de la PrEP, c'est-à-dire un médicament que l'on prend tous les jours pour éviter qu'une personne ne contracte le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 712
711	Est-ce que vous approuvez les gens qui prennent un comprimé tous les jours pour éviter de contracter le VIH?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE/CA DÉPEND..... 8	
712	<b>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.</b>		
713	Avez-vous déjà fait un test du VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 721
714	De quel mois et de quelle année date votre test du VIH le plus récent ?	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	

## SECTION 7. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
715	<p>Où le test a-t-il été fait ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL NATIONAL/ CLINIQUES UNIVERSITAIRES ..... 11</p> <p>HOPITAL PROVINCIAL ..... 12</p> <p>HOPITAL GENERAL DE REFERENCE .... 13</p> <p>CENTRE HOSPITALIER/ CENTRE DE SANTE DE REFERENCE .... 14</p> <p>CENTRE DE SANTE ..... 15</p> <p>POSTE DE SANTE/DISPENSAIRE ..... 16</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 19</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL ..... 21</p> <p>CLINIQUE/POLYCLINIQUE ..... 22</p> <p>PHARMACIE ..... 23</p> <p>CENTRE DE SANTE ..... 24</p> <p>MÉDECIN/CABINET MEDICAL ..... 25</p> <p>MATERNITE ..... 26</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 27</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 29</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG ..... 31</p> <p>CLINIQUE ONG ..... 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG</p> <p>_____ 36</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>MAISON ..... 41</p> <p>LIEU DE TRAVAIL ..... 42</p> <p>CENTRE DE DÉTENTION ..... 43</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
716	Avez-vous eu les résultats du test ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 720
717	Quel était le résultat du test ?	<p>POSITIF ..... 1</p> <p>NEGATIF ..... 2</p> <p>INDÉTERMINÉ ..... 3</p> <p>N'A PAS VOULU RÉPONDRE ..... 4</p>	→ 720
718	En quel mois et en quelle année avez-vous reçu votre premier résultat positif au test du VIH ?	<p>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98</p> <p>ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE ..... 9998</p> <p>MÊME DATE QUE TEST VIH LE PLUS RÉCENT 95</p>	
719	Est-ce que vous prenez actuellement des ARV (sont des médicaments antirétroviraux) ? Par actuellement, je veux dire que vous avez peut-être oublié certaines doses mais vous êtes toujours en train de prendre des ARV.	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	

## SECTION 7. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																		
720	Combien de fois, dans votre vie, avez-vous fait un test du VIH ?  DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION, SI LE NOMBRE DE TESTS EST 95 OU PLUS, ENREGISTREZ '95'.	NOMBRE DE TESTS DU VIH ..... <input type="text"/> <input type="text"/>																			
721	Avez-vous entendu parler de kits de tests que les gens peuvent utiliser pour se tester eux-mêmes pour le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 723																		
722	Vous êtes-vous déjà testée vous-même en utilisant un kit d'autotest ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																			
723	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛR/CELA DÉPEND ..... 8																			
724	Pensez-vous que des enfants vivant avec le VIH devraient être autorisés à aller à l'école avec des enfants qui n'ont pas le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛR/CELA DÉPEND ..... 8																			
725	VÉRIFIEZ 717 :  CODE '1' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓	AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 729																		
726	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur votre vie en tant que personne vivant avec le VIH . Avez-vous révélé à quelqu'un d'autre que moi que vous avez le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																			
727	Êtes-vous d'accord ou non avec la déclaration suivante: J'ai eu honte parce que j'ai le VIH.	D'ACCORD ..... 1 PAS D'ACCORD ..... 2																			
728	Dites-moi, s'il vous plaît, si au cours des 12 derniers mois, il vous est arrivé les choses suivantes ou si vous pensez qu'elles vous sont arrivées parce que vous avez le VIH :  a) Les gens ont mal parlé de moi parce que j'ai le VIH. b) Quelqu'un a révélé que j'avais le VIH sans ma permission. c) J'ai été insulté, harcelé ou menacé parce que j'ai le VIH. d) Le personnel de santé a mal parlé de moi parce que j'ai le VIH. e) Le personnel de santé a crié sur moi, m'a grondé, m'a traité de tous les noms ou m'a agressé verbalement parce que j'ai le VIH.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) LES GENS ONT MAL PARLÉ.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b) RÉVÉLÉ SANS PERMISSIOI.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>c) INSULTÉ.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d) PERSONNEL DE SANTÉ A MAL PARLÉ .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>e) PERSONNEL DE SANTÉ A AGRESSÉ VERBALEMEN'..</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	a) LES GENS ONT MAL PARLÉ.....	1	2	b) RÉVÉLÉ SANS PERMISSIOI.....	1	2	c) INSULTÉ.....	1	2	d) PERSONNEL DE SANTÉ A MAL PARLÉ .....	1	2	e) PERSONNEL DE SANTÉ A AGRESSÉ VERBALEMEN'..	1	2	
	OUI	NON																			
a) LES GENS ONT MAL PARLÉ.....	1	2																			
b) RÉVÉLÉ SANS PERMISSIOI.....	1	2																			
c) INSULTÉ.....	1	2																			
d) PERSONNEL DE SANTÉ A MAL PARLÉ .....	1	2																			
e) PERSONNEL DE SANTÉ A AGRESSÉ VERBALEMEN'..	1	2																			
729	VÉRIFIEZ 701 :  A ENTENDU PARLER DU VIH OU DU SIDA <input type="checkbox"/> ↓ a) À part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?	N'A PAS ENTENDU PARLER DU VIH OU DU SIDA <input type="checkbox"/> ↓ b) Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																		
730	VÉRIFIEZ 414 :  A DÉJÀ EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> ↓	N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	→ 735																		



## SECTION 8. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
801	Certains hommes sont circoncis. Êtes-vous circoncis ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS DE REPONSE ..... 8	→ 806
802	Certains hommes ont été traditionnellement circoncis par un praticien traditionnel, un membre de la famille ou un ami. Avez-vous été traditionnellement circoncis ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 804
803	Quel âge aviez-vous quand vous avez été traditionnellement circoncis ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> PENDANT L'ENFANCE (<5 ANS) ..... 95 NE SAIT PAS ..... 98	
804	Certains hommes ont été médicalement circoncis, c'est-à-dire qu'un prestataire de santé leur a enlevé entièrement le prépuce du pénis. Avez-vous été médicalement circoncis ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 806
805	Quel âge aviez-vous quand vous avez été médicalement circoncis ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> PENDANT L'ENFANCE (<5 ANS) ..... 95 NE SAIT PAS ..... 98	
806	Fumez-vous actuellement du tabac tous les jours, certains jours ou pas du tout ?	TOUS LES JOURS ..... 1 CERTAINS JOURS ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	→ 809 → 808
807	Dans le passé, est-ce que vous fumiez tous les jours ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 810
808	Dans le passé, est-ce que vous fumiez tous les jours, certains jours ou est-ce que vous ne fumiez pas ?	TOUS LES JOURS ..... 1 CERTAINS JOURS ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	→ 811
809	En moyenne, parmi les produits suivants, combien en fumez-vous actuellement par jour ? Dites-moi aussi si vous consommez ces produits, mais pas chaque jour.  SI L'ENQUÊTÉ DÉCLARE UTILISER UN PRODUIT, MAIS PAS TOUS LES JOURS, INSCRIVEZ '888'. SI LE PRODUIT N'EST PAS UTILISÉ DU TOUT, INSCRIVEZ '000'.  a) Des cigarettes fabriquées commercialement ? b) Des cigarette roulées à la main ? c) Des Kreteks ? d) Des pipes remplies de tabac? e) Des cigares, cheroots ou cigarillos ? f) Nombre de séances de pipe à eau/narguilé ? g) Autre chose ?  _____ (PRÉCISEZ)	NOMBRE PAR JOUR a) CIGARETTES COMMERCIALES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b) CIGARETTES ROULÉES ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> c) KRETEKS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> d) PIPES REMPLIES TABAC .. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> e) CIGARES, CHEROOTS OU CIGARILLOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> f) NOMBRE DE SÉANCES DE PIPE À EAU/NARGUILÉ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g) AUTRE CHOSE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 811

## SECTION 8. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
810	<p>En moyenne, parmi les produits suivants, combien en fumez-vous actuellement par semaine ? Dites-mois aussi si vous consommez ces produits, mais pas chaque semaine.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉ DÉCLARE UTILISER UN PRODUIT, MAIS PAS CHAQUE SEMAINE, INSCRIVEZ '888'. SI LE PRODUIT N'EST PAS UTILISÉ DU TOUT, INSCRIVEZ '000'.</p> <p>a) Des cigarettes fabriquées commercialement ?</p> <p>b) Des cigarette roulées à la main ?</p> <p>c) Des Kreteks ?</p> <p>d) Des pipes remplies de tabac?</p> <p>e) Des cigares, cheroots ou cigarillos ?</p> <p>f) Nombre de séances de pipe à eau/narguilé ?</p> <p>g) Autre chose ?</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p style="text-align: center;">NOMBRE PAR SEMAINE</p> <p>a) CIGARETTES COMMERCIALES . . . . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) CIGARETTES ROULÉES . . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>c) KRETEKS . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>d) PIPES REMPLIES TABAC . . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>e) CIGARES, CHEROOTS OU CIGARILLOS . . . . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>f) NOMBRE DE SÉANCES DE PIPE À EAU/NARGUILÉ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>g) AUTRE CHOSE . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
811	<p>Consommez-vous actuellement du tabac non-fumé chaque jour, certains jours ou pas du tout ?</p>	<p>TOUS LES JOURS . . . . . 1</p> <p>CERTAINS JOURS . . . . . 2</p> <p>PAS DU TOUT . . . . . 3</p>	<p>→ 813</p> <p>→ 814</p>
812	<p>En moyenne, combien de fois par jour utilisez-vous les produits suivants ? Dites-moi aussi si vous utilisez le produit, mais pas chaque jour.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉ DÉCLARE UTILISER UN PRODUIT, MAIS PAS TOUS LES JOURS, INSCRIVEZ '888'. SI LE PRODUIT N'EST PAS UTILISÉ DU TOUT, INSCRIVEZ '000'.</p> <p>a) Du tabac à chiquer, dans la bouche ?</p> <p>b) Du tabac à priser, à inhaler par le nez ?</p> <p>c) Du tabac à mâcher ?</p> <p>d) Du Betel à mâcher ?</p> <p>e) Autre chose ?</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p style="text-align: center;">NOMBRE PAR JOUR</p> <p>a) TABAC À CHIQUER . . . . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) TABAC À PRISER . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>c) TABAC À MÂCHER . . . . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>d) BETEL À MÂCHER . . . . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>e) AUTRE CHOSE . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>→ 814</p>

## SECTION 8. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
813	<p>En moyenne, combien de fois par semaine utilisez-vous les produits suivants ? Dites-mois aussi si vous utilisez ce produit, mais pas chaque semaine.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉ DÉCLARE UTILISER UN PRODUIT, MAIS PAS TOUTES LES SEMAINES, INSCRIVEZ '888'. SI LE PRODUIT N'EST PAS UTILISÉ DU TOUT, INSCRIVEZ '000'.</p> <p>a) Du tabac à chiquer, dans la bouche ?</p> <p>b) Du tabac à priser, à inhaler par le nez ?</p> <p>c) Du tabac à mâcher ?</p> <p>d) Du Betel à mâcher ?</p> <p>e) Autre chose ?</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p>	<p style="text-align: center;">NOMBRE PAR SEMAINE</p> <p>a) TABAC À CHIQUER ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) TABAC À PRISER ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>c) TABAC À MÂCHER ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>d) BETEL À MÂCHER ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>e) AUTRE CHOSE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
814	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la consommation d'alcool.</p> <p>Est-ce que vous avez déjà bu de l'alcool, comme de la bière, du vin, des liqueurs ou du whisky / cognac / vodka / rhum ou agene, lotoko, lunguila, kasiks, vin de palme, zododo, tshitshiampa ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 817
815	<p>Au cours du mois dernier, pendant combien de jours avez-vous bu de l'alcool ?</p> <p>DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI L'ENQUÊTÉ RÉPOND 'CHAQUE JOUR' OU 'PRESQUE CHAQUE JOUR,' ENTOUREZ CODE '95'.</p>	<p>N'A PAS BU D'ALCOOL ..... 00</p> <p>NOMBRE DE JOURS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>CHAQUE JOUR/PRESQUE CHAQUE JOUR .. 95</p>	→ 817
816	<p>Nous considérons qu'une canette ou une bouteille de bière, un verre de vin, un verre de liqueur ou un verre de whisky/cognac/vodka/rhum ou agene, lotoko, lunguila, kasiks, vin de palme, zododo est un verre d'alcool.</p> <p>Au cours du mois dernier, combien de verres d'alcool avez-vous bu ?</p> <p>MONTREZ LES PHOTOS DE VERRES STANDARD DES BOISSONS ALCOOLISÉES</p>	<p>MOINS D'UN VERRE STANDARD ..... 00</p> <p>NOMBRE DE VERRES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
817	<p>Êtes-vous couvert par une assurance médicale ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 901
818	<p>Par quel type d'assurance médicale êtes-vous couvert ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MUTUELLE DE SANTÉ/ASSURANCE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ..... A</p> <p>ASSURANCE SANTÉ PAR L'EMPLOYEUR .. B</p> <p>SÉCURITÉ SOCIALE ..... C</p> <p>AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE . D</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p>	

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ  
 QUESTIONNAIRE STANDARD BIOMARQUEUR

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
 INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

IDENTIFICATION

NOM DE LA LOCALITÉ (GRAPPE) \_\_\_\_\_

NOM DU CHEF DE MÉNAGE \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE GRAPPE .....

NUMÉRO DU MÉNAGE .....


[QUESTION SPÉCIFIQUE AU PAYS POUR IDENTIFIER LE SOUS-ÉCHANTILLON ÉLIGIBLE AUX BIOMARQUEUR .....

VISITES DE L'AGENT DE TERRAIN

	1	2	3	VISITE FINALE					
DATE	_____	_____	_____	JOUR	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
NOM [DE L'AGENT DE TERRAIN]	_____	_____	_____	MOIS	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		ANNÉE	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				
HEURE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>				
NOTES:	_____ _____ _____ _____			TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>				
				TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>				
	TOTAL D'HOMMES ÉLIGIBLES	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>							

LANGUE DU QUESTIONNAIRE\*\* 

0	1
---	---

 LANGUE DE L'INTERVIEW\*\* 

--	--

 LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ\*\* 

--	--

 INTERPRÈTE (OUI = 1, NON = 2) 

--

LANGUE DU QUESTIONNAIRE\*\* **FRANÇAIS** \*\*CODES LANGUES :  
 01 FRANÇAIS 03 LINGALA 05 TSHILUBA  
 02 KIKONGO 04 SWAHILI

ÉQUIPE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> NUMÉRO			CHEF D'ÉQUIPE _____ NOM <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> NUMÉRO					CONTRÔLEUR CAPI _____ NOM <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> NUMÉRO				

MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES ENFANTS DE 0-4 ANS

101	VÉRIFIEZ LA "LISTE DES INDIVIDUS/BIOMARQUEURS ÉLIGIBLES" FOURNIE PAR CAPI. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À LA QUESTION 102 SUR CETTE PAGE ET SUR LES PAGES SUIVANTES EN COMMENÇANT PAR LE PREMIER ENFANT SUR LA LISTE. S'IL Y A PLUS DE TROIS ENFANTS, UTILISER UN (DES) QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S). PUIS COMPLETER LES QUESTIONS 102 À 105.	
	ENFANT 1	ALLEZ À
102	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI: ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L' ENFANT.	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L' ENFANT (JOUR , MOIS ET ANNÉE) DE L'HISTORIQUE DES GROSSESSES.  SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
104	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ L'ÂGE DE L'ENFANT À PARTIR DE L'HISTORIQUE DES GROSSESSES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire?  COMPAREZ ET CORRIGEZ 103 ET/OU 104 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ..... <input type="text"/>
105	VÉRIFIEZ 104 : L'ENFANT A 0-4 ANS?      OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	→ 143
106	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996      → 108
107	L'ENFANT ÉTAIT-IL HABILLÉ LÉGÈREMENT?	OUI ..... 1 NON ..... 2
108	TAILLE EN CENTIMÈTRES.  SI L' ENFANT A 0-1 AN, MESUREZ EN POSITION ALLONGÉE. SI L' ENFANT A 2, 3, OU 4 ANS, MESUREZ EN POSITION DEBOUT.	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996      → 113
109	L'ENFANT A T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION ALLONGÉE OU DEBOUT?	ALLONGÉE ..... 1 DEBOUT ..... 2
110	VÉRIFIEZ 104 ET 109: SUR LA BASE DE L'ÂGE DE L'ENFANT, LA PROCÉDURE CORRECTE POUR LA MESURE A T-ELLE ÉTÉ SUIVIE ?	OUI ..... 1      → 112 NON ..... 2
111	SI L'ENFANT A 0-1 AN : POURQUOI A-T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION DEBOUT? SI L'ENFANT A 2-4 ANS : POURQUOI A-T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION ALLONGÉE?  _____ _____	
112	LA MESURE ENREGISTRÉE A-T-ELLE ÉTÉ GÊNÉE PAR DES CHEVEUX TRESSÉS OU COIFFÉS ?	OUI ..... 1 NON ..... 2
113	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR
114	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR ASSISTANT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR
115	DATE DU JOUR	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>

MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES ENFANTS DE 0-4 ANS		
	ENFANT 1	ALLEZ À
A	INSCRIVEZ LA TAILLE/LONGUEUR ET LE POIDS DANS LA BROCHURE D'ANTHROPOMÉTRIE, DE PALUDISME ET D'ANÉMIE.	
117	VÉRIFIEZ 103 : L'ENFANT A-T-IL 0-5 MOIS PLUS ÂGÉ <input type="checkbox"/> 0-5 MOIS <input type="checkbox"/>	143
118	INSCRIVEZ LE NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... [ ] [ ] [ ] [ ]
CONSENTEMENT DU PARENT/RESPONSABLE POUR DES TESTS DE PALUDISME ET D'ANEMIE		
119	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/RESPONSABLE POUR LES TESTS DE PALUDISME ET D'ANÉMIE:</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme et un test pour vérifier s'ils ont ou non de l'anémie. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, de paludisme ou d'autres infections ou des maladies chroniques. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le paludisme et l'anémie. Nous demandons que tous les enfants âgés de 6 mois à 4 ans participent aux tests de paludisme et d'anémie. Les tests nécessitent quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. L'équipement utilisé pour prendre le sang est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera immédiatement testé pour le paludisme et l'anémie et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats des tests ne seront pas divulgués. Ils sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête. Nous souhaiterions avoir votre consentement pour tester (NOM DE L'ENFANT) immédiatement pour le paludisme et l'anémie.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer aux tests de paludisme et d'anémie ?</p>	
120	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
121	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI REALISE LES TESTS DE PALUDISME ET D'ANEMIE	_____ (SIGNATURE) [ ] [ ] [ ] [ ] NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR
121B	VÉRIFIEZ 103 : L'ENFANT A-T-IL 6-11 MOIS PLUS ÂGÉ <input type="checkbox"/> 6-11 MOIS <input type="checkbox"/>	128
CONSENTEMENT DU PARENT/RESPONSABLE POUR LA COLLECTE DE DBS		
122	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/RESPONSABLE POUR LA COLLECTE DES DBS:</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons également que les enfants dans tout le pays participent à des tests pour rechercher les autres maladies infectieuses (notamment la COVID 19) ainsi que les traces des vaccinations (anticorps vaccinaux). Les maladies infectieuses sont très dangereuses pour l'enfant et peuvent être évitées par la vaccination. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir les maladies infectieuses chez les enfants. Ainsi, nous vous demandons de nous autoriser à prélever quelques gouttes de sang pour rechercher les autres maladies infectieuses et les traces des vaccinations au laboratoire central.</p> <p>Pour ces tests, nous avons besoin des gouttes de sang d'un doigt et on utilise pour cela un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre d'identifier [NOM DE L'ENFANT] et nous ne pourrions donc pas donner les résultats du test et personne ne pourra le connaître. Vous n'êtes pas obligé d'accepter.</p> <p>Est-ce que vous nous donnez l'autorisation de collecter quelques gouttes de sang pour rechercher les autres maladies infectieuses et les traces des vaccinations ?</p>	
123	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
124	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI A PRELEVE LE DBS .	_____ (SIGNATURE) [ ] [ ] [ ] [ ] NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR
124B	VÉRIFIEZ 123: ACCORDE <input type="checkbox"/> REFUSE/ABSENT/AUTRE <input type="checkbox"/>	128

MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES ENFANTS DE 0-4 ANS

CONSENTEMENT DU PARENT/RESPONSABLE POUR DES TESTS SUPPLEMENTAIRES

125	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/RESPONSABLE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES:                  Nous vous demandons d'autoriser le MINISTÈRE DE LA SANTÉ à conserver au laboratoire une partie de l'échantillon sanguin pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre d'identifier (NOM DE L'ENFANT). Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, (NOM DE L'ENFANT) peut quand même participer aux tests pour lesquels vous avez donné votre accord.</p> <p>Est-ce-que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des tests supplémentaires ?</p>																													
126	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3																												
127	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI A PRELEVE LE DBS .	_____ (SIGNATURE)  [ ][ ][ ][ ] NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR																												
128	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.																													
128B	VÉRIFIEZ 103 : L'ENFANT A-T-IL 6-11 MOIS PLUS ÂGÉ <input type="checkbox"/> 6-11 MOIS <input type="checkbox"/>		→ 129																											
128C	PLACEZ ÉTIQUETTE CODE BARRE.	COLLEZ LA 1 <sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE.  COLLEZ LA 2 <sup>ème</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION ET LA 3 <sup>ème</sup> SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE  ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996																												
128D	VÉRIFIER 126	SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ ACCORDÉ, ÉCRIVEZ "NAT" SUR LE PAPIER FILTRE																												
129	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE D'ANTHROPOMÉTRIE, D'ANÉMIE ET DE PALUDISME.	G/DL ..... [ ][ ] . [ ] ABSENTE ..... 994 REFUSÉ ..... 995 AUTRE ..... 996	→ 143																											
130	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE D'ANTHROPOMÉTRIE, D'ANÉMIE ET DE PALUDISME.	POSITIF FALCIPARUM ..... 1 POSITIF ESPECES ..... 2 POSITIF FALCIPARUM ET ESPECES ..... 3 NÉGATIF ..... 4 ABSENTE ..... 5 REFUS ..... 6 AUTRE ..... 7	→ 141B → 143 → 141B																											
131	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants : a) Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême? b) Problèmes cardiaques? c) Perte de conscience? d) Respiration difficile ou rapide ? e) Convulsions ? f) Saignements anormaux ? g) Jaunisse ou peau jaunâtre ? h) Urines foncées ?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">OUI</td> <td style="text-align: right;">NON</td> </tr> <tr> <td>a) PROSTRATION .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>b) PROBLÈMES CARDIAQUES .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>c) PERTE CONSCIENCE .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>d) RESPIRATION DIFFICILE/RAPIDE .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>e) CONVULSIONS .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>f) SAIGNEMENTS ANORMAUX .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>g) JAUNISSE/PEAU JAUNATRE .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>h) URINE FONCÉES .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>		OUI	NON	a) PROSTRATION .....	1	2	b) PROBLÈMES CARDIAQUES .....	1	2	c) PERTE CONSCIENCE .....	1	2	d) RESPIRATION DIFFICILE/RAPIDE .....	1	2	e) CONVULSIONS .....	1	2	f) SAIGNEMENTS ANORMAUX .....	1	2	g) JAUNISSE/PEAU JAUNATRE .....	1	2	h) URINE FONCÉES .....	1	2	
	OUI	NON																												
a) PROSTRATION .....	1	2																												
b) PROBLÈMES CARDIAQUES .....	1	2																												
c) PERTE CONSCIENCE .....	1	2																												
d) RESPIRATION DIFFICILE/RAPIDE .....	1	2																												
e) CONVULSIONS .....	1	2																												
f) SAIGNEMENTS ANORMAUX .....	1	2																												
g) JAUNISSE/PEAU JAUNATRE .....	1	2																												
h) URINE FONCÉES .....	1	2																												
132	VÉRIFIEZ 131: Y A-T-IL UN 'OUI' ENCERCLÉ? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>		→ 134																											
133	VÉRIFIEZ 129 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL, ANÉMIE SEVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 AUTRE ..... 6	→ 135																											

MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES ENFANTS DE 0-4 ANS

134	<p>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE. Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme sévère. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené tout de suite à un établissement de soins.</p> <p>ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DU PALUDISME SÉVÈRE.</p>		→ 141B																				
135	<p>Au cours des 2 dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] donné par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ?</p> <p>VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>	→ 137																				
136	<p>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION]. Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] pour le paludisme. Je ne peux donc pas vous donner du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] supplémentaire. Cependant, le test montre qu'il/elle a du paludisme. Si votre enfant a de la fièvre pendant 2 jours après la dernière dose du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION], vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens approfondis.</p>		→ 143																				
137	<p>LIRE LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT ANTIPALUDIQUE.</p> <p>Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé Artesunate Amodiaquine. L'Artesunate Amodiaquine est très efficace et d'ici quelques jours, il n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de donner le médicament à l'enfant. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plaît, si vous acceptez, ou non, le médicament.</p>																						
138	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	<p>MÉDICAMENT ACCEPTÉ ..... 1 MÉDICAMENT REFUSE ..... 2 AUTRE ..... 6</p>																					
139	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR	<p>_____ (SIGNEZ)</p> <p>□ □ □ □ NUMERO AGENT BIOMARQUEUR</p>																					
140	<p>VÉRIFIEZ 138: MÉDICAMENT ACCEPTÉ ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>		→ 143																				
141	<p>LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT.</p> <p>DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT: Le premier jour donnez le premier comprimé, le second jour le deuxième comprimé et le troisième jour donnez le dernier comprimé. Il est important que vous donniez le comprimé à la même heure durant les trois jours. Mettez le comprimé dans un peu d'eau, mélangez bien l'eau et le comprimé, et donnez-le à l'enfant avec des aliments gras ou des boissons comme du lait ou du lait maternel. Assurez-vous que le traitement COMPLET de 3 jours est pris aux heures recommandées, sinon l'infection pourrait réapparaître. Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les 2 jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="4">ARTÉSUNATE AMODIAQUINE (ASAQ)</th> </tr> <tr> <th>ENFANTS DE MOINS DE 1 AN</th> <th>JOUR 1 (1 COMPRIMÉ)</th> <th>JOUR 2 (1 COMPRIMÉ)</th> <th>JOUR 3 (1 COMPRIMÉ)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>COMPRIMÉ DE 25 mg D'ARTÉSUNATE ET 67,5 mg D'AMODIAQUINE</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>ENFANTS DE 1-5 ANS</th> <th>JOUR 1 (1 COMPRIMÉ)</th> <th>JOUR 2 (1 COMPRIMÉ)</th> <th>JOUR 3 (1 COMPRIMÉ)</th> </tr> <tr> <td>COMPRIMÉ DE 50 mg D'ARTÉSUNATE ET 135 mg D'AMODIAQUINE</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			ARTÉSUNATE AMODIAQUINE (ASAQ)				ENFANTS DE MOINS DE 1 AN	JOUR 1 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 2 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 3 (1 COMPRIMÉ)	COMPRIMÉ DE 25 mg D'ARTÉSUNATE ET 67,5 mg D'AMODIAQUINE				ENFANTS DE 1-5 ANS	JOUR 1 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 2 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 3 (1 COMPRIMÉ)	COMPRIMÉ DE 50 mg D'ARTÉSUNATE ET 135 mg D'AMODIAQUINE			
ARTÉSUNATE AMODIAQUINE (ASAQ)																							
ENFANTS DE MOINS DE 1 AN	JOUR 1 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 2 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 3 (1 COMPRIMÉ)																				
COMPRIMÉ DE 25 mg D'ARTÉSUNATE ET 67,5 mg D'AMODIAQUINE																							
ENFANTS DE 1-5 ANS	JOUR 1 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 2 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 3 (1 COMPRIMÉ)																				
COMPRIMÉ DE 50 mg D'ARTÉSUNATE ET 135 mg D'AMODIAQUINE																							
141B	VÉRIFIEZ 129 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	<p>EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL, ANÉMIE SÈVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 AUTRE ..... 6</p>	→ 143																				
142	<p>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE. Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être emmené à un établissement de soins immédiatement. ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE POUR L'ANÉMIE SÉVÈRE.</p>																						
143	<p>SI IL Y A UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'YA PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 201.</p>																						

MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES ENFANTS DE 0-4 ANS

101	VÉRIFIEZ LA "LISTE DES INDIVIDUS/BIMARQUEURS ÉLIGIBLES" FOURNIE PAR CAPI. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À LA QUESTION 102 SUR CETTE PAGE ET SUR LES PAGES SUIVANTES EN COMMENÇANT PAR LE PREMIER ENFANT SUR LA LISTE. S'IL Y A PLUS DE TROIS ENFANTS, UTILISER UN (DES) QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S). PUIS COMPLETER LES QUESTIONS 102 À 105.	
	ENFANT 2	ALLEZ À
102	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI: ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L' ENFANT.	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L' ENFANT (JOUR , MOIS ET ANNÉE) DE L'HISTORIQUE DES GROSSESSES.  SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
104	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ L'ÂGE DE L'ENFANT À PARTIR DE L'HISTORIQUE DES GROSSESSES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire?  COMPAREZ ET CORRIGEZ 103 ET/OU 104 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ..... <input type="text"/>
105	VÉRIFIEZ 104 : L'ENFANT A 0-4 ANS?      OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	→ 143
106	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996      → 108
107	L'ENFANT ÉTAIT-IL HABILLÉ LÉGÈREMENT?	OUI ..... 1 NON ..... 2
108	TAILLE EN CENTIMÈTRES.  SI L' ENFANT A 0-1 AN, MESUREZ EN POSITION ALLONGÉE. SI L' ENFANT A 2, 3, OU 4 ANS, MESUREZ EN POSITION DEBOUT.	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996      → 113
109	L'ENFANT A T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION ALLONGÉE OU DEBOUT?	ALLONGÉE ..... 1 DEBOUT ..... 2
110	VÉRIFIEZ 104 ET 109: SUR LA BASE DE L'ÂGE DE L'ENFANT, LA PROCÉDURE CORRECTE POUR LA MESURE A T-ELLE ÉTÉ SUIVIE ?	OUI ..... 1      → 112 NON ..... 2
111	SI L'ENFANT A 0-1 AN : POURQUOI A-T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION DEBOUT? SI L'ENFANT A 2-4 ANS : POURQUOI A-T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION ALLONGÉE?  _____	
112	LA MESURE ENREGISTRÉE A-T-ELLE ÉTÉ GÊNÉE PAR DES CHEVEUX TRESSÉS OU COIFFÉS ?	OUI ..... 1 NON ..... 2
113	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR
114	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR ASSISTANT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR
115	DATE DU JOUR	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>

MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES ENFANTS DE 0-4 ANS		
	ENFANT 2	ALLEZ À
A	INSCRIVEZ LA TAILLE/LONGUEUR ET LE POIDS DANS LA BROCHURE D'ANTHROPOMÉTRIE, DE PALUDISME ET D'ANÉMIE.	
117	VÉRIFIEZ 103 : L'ENFANT A-T-IL 0-5 MOIS PLUS ÂGÉ <input type="checkbox"/> 0-5 MOIS <input type="checkbox"/>	→ 143
118	INSCRIVEZ LE NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... [ ] [ ] [ ] [ ]
CONSENTEMENT DU PARENT/RESPONSABLE POUR DES TESTS DE PALUDISME ET D'ANEMIE		
119	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/RESPONSABLE POUR LES TESTS DE PALUDISME ET D'ANÉMIE:</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme et un test pour vérifier s'ils ont ou non de l'anémie. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, de paludisme ou d'autres infections ou des maladies chroniques. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le paludisme et l'anémie. Nous demandons que tous les enfants âgés de 6 mois à 4 ans participent aux tests de paludisme et d'anémie. Les tests nécessitent quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. L'équipement utilisé pour prendre le sang est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera immédiatement testé pour le paludisme et l'anémie et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats des tests ne seront pas divulgués. Ils sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête. Nous souhaiterons avoir votre consentement pour tester (NOM DE L'ENFANT) immédiatement pour le paludisme et l'anémie.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer aux tests de paludisme et d'anémie ?</p>	
120	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
121	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI REALISE LES TESTS DE PALUDISME ET D'ANEMIE	_____ (SIGNATURE) [ ] [ ] [ ] [ ] NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR
121B	VÉRIFIEZ 103 : L'ENFANT A-T-IL 6-11 MOIS PLUS ÂGÉ <input type="checkbox"/> 6-11 MOIS <input type="checkbox"/>	→ 128
CONSENTEMENT DU PARENT/RESPONSABLE POUR LA COLLECTE DE DBS		
122	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/RESPONSABLE POUR LA COLLECTE DES DBS:</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons également que les enfants dans tout le pays participent à des tests pour rechercher les autres maladies infectieuses (notamment la COVID 19) ainsi que les traces des vaccinations (anticorps vaccinaux). Les maladies infectieuses sont très dangereuses pour l'enfant et peuvent être évitées par la vaccination. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir les maladies infectieuses chez les enfants. Ainsi, nous vous demandons de nous autoriser à prélever quelques gouttes de sang pour rechercher les autres maladies infectieuses et les traces des vaccinations au laboratoire central.</p> <p>Pour ces tests, nous avons besoin des gouttes de sang d'un doigt et on utilise pour cela un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre d'identifier [NOM DE L'ENFANT] et nous ne pourrions donc pas donner les résultats du test et personne ne pourra le connaître. Vous n'êtes pas obligé d'accepter.</p> <p>Est-ce que vous nous donnez l'autorisation de collecter quelques gouttes de sang pour rechercher les autres maladies infectieuses et les traces des vaccinations ?</p>	
123	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
124	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI A PRELEVE LE DBS .	_____ (SIGNATURE) [ ] [ ] [ ] [ ] NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR
124B	VÉRIFIEZ 123: ACCORDE <input type="checkbox"/> REFUSE/ABSENT/AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 128

MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES ENFANTS DE 0-4 ANS

CONSENTEMENT DU PARENT/RESPONSABLE POUR DES TESTS SUPPLEMENTAIRES

125	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/RESPONSABLE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES:                  Nous vous demandons d'autoriser le MINISTÈRE DE LA SANTÉ à conserver au laboratoire une partie de l'échantillon sanguin pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre d'identifier (NOM DE L'ENFANT). Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, (NOM DE L'ENFANT) peut quand même participer aux tests pour lesquels vous avez donné votre accord.</p> <p>Est-ce-que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des tests supplémentaires ?</p>																													
126	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3																												
127	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI A PRELEVE LE DBS .	_____ (SIGNATURE)  [ ][ ][ ][ ] NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR																												
128	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.																													
128B	VÉRIFIEZ 103 : L'ENFANT A-T-IL 6-11 MOIS PLUS ÂGÉ <input type="checkbox"/> 6-11 MOIS <input type="checkbox"/>		→ 129																											
128C	PLACEZ ÉTIQUETTE CODE BARRE.	COLLEZ LA 1 <sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE.  COLLEZ LA 2 <sup>ème</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION ET LA 3 <sup>ème</sup> SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE  ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996																												
128D	VÉRIFIER 126	SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ ACCORDÉ, ÉCRIVEZ "NAT" SUR LE PAPIER FILTRE																												
129	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE D'ANTHROPOMÉTRIE, D'ANÉMIE ET DE PALUDISME.	G/DL ..... [ ][ ] . [ ] ABSENTE ..... 994 REFUSÉ ..... 995 AUTRE ..... 996	→ 143																											
130	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE D'ANTHROPOMÉTRIE, D'ANÉMIE ET DE PALUDISME.	POSITIF FALCIPARUM ..... 1 POSITIF ESPECES ..... 2 POSITIF FALCIPARUM ET ESPECES ..... 3 NÉGATIF ..... 4 ABSENTE ..... 5 REFUS ..... 6 AUTRE ..... 7	→ 141B → 143 → 141B																											
131	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants :	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) Problèmes cardiaques?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) Perte de conscience?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) Respiration difficile ou rapide ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) Convulsions ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) Saignements anormaux ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) Jaunisse ou peau jaunâtre ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) Urines foncées ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	a) Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême?	1	2	b) Problèmes cardiaques?	1	2	c) Perte de conscience?	1	2	d) Respiration difficile ou rapide ?	1	2	e) Convulsions ?	1	2	f) Saignements anormaux ?	1	2	g) Jaunisse ou peau jaunâtre ?	1	2	h) Urines foncées ?	1	2	
	OUI	NON																												
a) Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême?	1	2																												
b) Problèmes cardiaques?	1	2																												
c) Perte de conscience?	1	2																												
d) Respiration difficile ou rapide ?	1	2																												
e) Convulsions ?	1	2																												
f) Saignements anormaux ?	1	2																												
g) Jaunisse ou peau jaunâtre ?	1	2																												
h) Urines foncées ?	1	2																												
132	VÉRIFIEZ 131: Y A-T-IL UN 'OUI' ENCERCLÉ? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>		→ 134																											
133	VÉRIFIEZ 129 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL, ANÉMIE SEVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 AUTRE ..... 6	→ 135																											

MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES ENFANTS DE 0-4 ANS

134	<p>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE. Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme sévère. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené tout de suite à un établissement de soins.</p> <p>ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DU PALUDISME SÉVÈRE.</p>		→ 141B																				
135	<p>Au cours des 2 dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] donné par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ?</p> <p>VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>	→ 137																				
136	<p>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION]. Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu du [ MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] pour le paludisme. Je ne peux donc pas vous donner du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] supplémentaire. Cependant, le test montre qu'il/elle a du paludisme. Si votre enfant a de la fièvre pendant 2 jours après la dernière dose du [ MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION], vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens approfondis.</p>		→ 143																				
137	<p>LIRE LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT ANTIPALUDIQUE.</p> <p>Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé Artesunate Amodiaquine. L'Artesunate Amodiaquine est très efficace et d'ici quelques jours, il n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de donner le médicament à l'enfant. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plaît, si vous acceptez, ou non, le médicament.</p>																						
138	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	<p>MÉDICAMENT ACCEPTÉ ..... 1 MÉDICAMENT REFUSE ..... 2 AUTRE ..... 6</p>																					
139	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR	<p>_____ (SIGNEZ)</p> <p>□ □ □ □ □ NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR</p>																					
140	<p>VÉRIFIEZ 138: MÉDICAMENT ACCEPTÉ ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>		→ 143																				
141	<p>LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT.</p> <p>DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT: Le premier jour donnez le premier comprimé, le second jour le deuxième comprimé et le troisième jour donnez le dernier comprimé. Il est important que vous donniez le comprimé à la même heure durant les trois jours. Mettez le comprimé dans un peu d'eau, mélangez bien l'eau et le comprimé, et donnez-le à l'enfant avec des aliments gras ou des boissons comme du lait ou du lait maternel. Assurez-vous que le traitement COMPLET de 3 jours est pris aux heures recommandées, sinon l'infection pourrait réapparaître. Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les 2 jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="4">ARTÉSUNATE AMODIAQUINE (ASAQ)</th> </tr> <tr> <th>ENFANTS DE MOINS DE 1 AN</th> <th>JOUR 1 (1 COMPRIMÉ)</th> <th>JOUR 2 (1 COMPRIMÉ)</th> <th>JOUR 3 (1 COMPRIMÉ)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>COMPRIMÉ DE 25 mg D'ARTÉSUNATE ET 67,5 mg D'AMODIAQUINE</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>ENFANTS DE 1-5 ANS</th> <th>JOUR 1 (1 COMPRIMÉ)</th> <th>JOUR 2 (1 COMPRIMÉ)</th> <th>JOUR 3 (1 COMPRIMÉ)</th> </tr> <tr> <td>COMPRIMÉ DE 50 mg D'ARTÉSUNATE ET 135 mg D'AMODIAQUINE</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			ARTÉSUNATE AMODIAQUINE (ASAQ)				ENFANTS DE MOINS DE 1 AN	JOUR 1 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 2 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 3 (1 COMPRIMÉ)	COMPRIMÉ DE 25 mg D'ARTÉSUNATE ET 67,5 mg D'AMODIAQUINE				ENFANTS DE 1-5 ANS	JOUR 1 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 2 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 3 (1 COMPRIMÉ)	COMPRIMÉ DE 50 mg D'ARTÉSUNATE ET 135 mg D'AMODIAQUINE			
ARTÉSUNATE AMODIAQUINE (ASAQ)																							
ENFANTS DE MOINS DE 1 AN	JOUR 1 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 2 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 3 (1 COMPRIMÉ)																				
COMPRIMÉ DE 25 mg D'ARTÉSUNATE ET 67,5 mg D'AMODIAQUINE																							
ENFANTS DE 1-5 ANS	JOUR 1 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 2 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 3 (1 COMPRIMÉ)																				
COMPRIMÉ DE 50 mg D'ARTÉSUNATE ET 135 mg D'AMODIAQUINE																							
141B	VÉRIFIEZ 129 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	<p>EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL, ANÉMIE SÈVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 AUTRE ..... 6</p>	→ 143																				
142	<p>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE. Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être emmené à un établissement de soins immédiatement. ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE POUR L'ANÉMIE SÉVÈRE.</p>																						
143	<p>SI IL Y A UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 201.</p>																						


MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES ENFANTS DE 0-4 ANS

101	VÉRIFIEZ LA "LISTE DES INDIVIDUS/BIOMARQUEURS ÉLIGIBLES" FOURNIE PAR CAPI. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À LA QUESTION 102 SUR CETTE PAGE ET SUR LES PAGES SUIVANTES EN COMMENÇANT PAR LE PREMIER ENFANT SUR LA LISTE. S'IL Y A PLUS DE TROIS ENFANTS, UTILISER UN (DES) QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S). PUIS COMPLETER LES QUESTIONS 102 À 105.	
	ENFANT 3	ALLEZ À
102	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI: ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L' ENFANT.	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L' ENFANT (JOUR , MOIS ET ANNÉE) DE L'HISTORIQUE DES GROSSESSES.  SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
104	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ L'ÂGE DE L'ENFANT À PARTIR DE L'HISTORIQUE DES GROSSESSES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire?  COMPAREZ ET CORRIGEZ 103 ET/OU 104 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ..... <input type="text"/>
105	VÉRIFIEZ 104 : L'ENFANT A 0-4 ANS? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	→ 143
106	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996
107	L'ENFANT ÉTAIT-IL HABILLÉ LÉGÈREMENT?	OUI ..... 1 NON ..... 2
108	TAILLE EN CENTIMÈTRES.  SI L' ENFANT A 0-1 AN, MESUREZ EN POSITION ALLONGÉE. SI L' ENFANT A 2, 3, OU 4 ANS, MESUREZ EN POSITION DEBOUT.	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996
109	L'ENFANT A T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION ALLONGÉE OU DEBOUT?	ALLONGÉE ..... 1 DEBOUT ..... 2
110	VÉRIFIEZ 104 ET 109: SUR LA BASE DE L'ÂGE DE L'ENFANT, LA PROCÉDURE CORRECTE POUR LA MESURE A T-ELLE ÉTÉ SUIVIE ?	OUI ..... 1 NON ..... 2
111	SI L'ENFANT A 0-1 AN : POURQUOI A-T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION DEBOUT? SI L'ENFANT A 2-4 ANS : POURQUOI A-T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION ALLONGÉE?  _____ _____	
112	LA MESURE ENREGISTRÉE A-T-ELLE ÉTÉ GÊNÉE PAR DES CHEVEUX TRESSÉS OU COIFFÉS ?	OUI ..... 1 NON ..... 2
113	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR
114	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR ASSISTANT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR
115	DATE DU JOUR	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES ENFANTS DE 0-4 ANS		
	ENFANT 3	ALLEZ À
A	INSCRIVEZ LA TAILLE/LONGUEUR ET LE POIDS DANS LA BROCHURE D'ANTHROPOMÉTRIE, DE PALUDISME ET D'ANÉMIE.	
117	VÉRIFIEZ 103 : L'ENFANT A-T-IL 0-5 MOIS PLUS ÂGÉ <input type="checkbox"/> 0-5 MOIS <input type="checkbox"/>	→ 143
118	INSCRIVEZ LE NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... [ ] [ ] [ ] [ ]
CONSENTEMENT DU PARENT/RESPONSABLE POUR DES TESTS DE PALUDISME ET D'ANEMIE		
119	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/RESPONSABLE POUR LES TESTS DE PALUDISME ET D'ANÉMIE:            Dans cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme et un test pour vérifier s'ils ont ou non de l'anémie. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, de paludisme ou d'autres infections ou des maladies chroniques. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le paludisme et l'anémie. Nous demandons que tous les enfants âgés de 6 mois à 4 ans participent aux tests de paludisme et d'anémie. Les tests nécessitent quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. L'équipement utilisé pour prendre le sang est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera immédiatement testé pour le paludisme et l'anémie et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats des tests ne seront pas divulgués. Ils sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête. Nous souhaiterions avoir votre consentement pour tester (NOM DE L'ENFANT) immédiatement pour le paludisme et l'anémie.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?            Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.            Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer aux tests de paludisme et d'anémie ?</p>	
120	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
121	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI REALISE LES TESTS DE PALUDISME ET D'ANEMIE	_____ (SIGNATURE) [ ] [ ] [ ] [ ] NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR
121B	VÉRIFIEZ 103 : L'ENFANT A-T-IL 6-11 MOIS PLUS ÂGÉ <input type="checkbox"/> 6-11 MOIS <input type="checkbox"/>	→ 128
CONSENTEMENT DU PARENT/RESPONSABLE POUR LA COLLECTE DE DBS		
122	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/RESPONSABLE POUR LA COLLECTE DES DBS:            Dans cette enquête, nous demandons également que les enfants dans tout le pays participent à des tests pour rechercher les autres maladies infectieuses (notamment la COVID 19) ainsi que les traces des vaccinations (anticorps vaccinaux). Les maladies infectieuses sont très dangereuses pour l'enfant et peuvent être évitées par la vaccination. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir les maladies infectieuses chez les enfants. Ainsi, nous vous demandons de nous autoriser à prélever quelques gouttes de sang pour rechercher les autres maladies infectieuses et les traces des vaccinations au laboratoire central.</p> <p>Pour ces tests, nous avons besoin des gouttes de sang d'un doigt et on utilise pour cela un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre d'identifier [NOM DE L'ENFANT] et nous ne pourrions donc pas donner les résultats du test et personne ne pourra le connaître. Vous n'êtes pas obligé d'accepter.</p> <p>Est-ce que vous nous donnez l'autorisation de collecter quelques gouttes de sang pour rechercher les autres maladies infectieuses et les traces des vaccinations ?</p>	
123	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
124	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI A PRELEVE LE DBS .	_____ (SIGNATURE) [ ] [ ] [ ] [ ] NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR
124B	VÉRIFIEZ 123: ACCORDE <input type="checkbox"/> REFUSE/ABSENT/AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 128

MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES ENFANTS DE 0-4 ANS

CONSENTEMENT DU PARENT/RESPONSABLE POUR DES TESTS SUPPLEMENTAIRES

125	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/RESPONSABLE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES: Nous vous demandons d'autoriser le MINISTÈRE DE LA SANTÉ à conserver au laboratoire une partie de l'échantillon sanguin pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués.  L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre d'identifier (NOM DE L'ENFANT). Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, (NOM DE L'ENFANT) peut quand même participer aux tests pour lesquels vous avez donné votre accord.  Est-ce-que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des tests supplémentaires ?																													
126	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3																												
127	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI A PRELEVE LE DBS .	_____ (SIGNATURE)   NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR																												
128	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.																													
128B	VÉRIFIEZ 103 : L'ENFANT A-T-IL 6-11 MOIS PLUS ÂGÉ <input type="checkbox"/> 6-11 MOIS <input type="checkbox"/>		→ 129																											
128C	PLACEZ ÉTIQUETTE CODE BARRE.	COLLEZ LA 1 <sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE.  COLLEZ LA 2 <sup>ème</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION ET LA 3 <sup>ème</sup> SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE  ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996																												
128D	VÉRIFIER 126	SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ ACCORDÉ, ÉCRIVEZ "NAT" SUR LE PAPIER FILTRE																												
129	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE D'ANTHROPOMÉTRIE, D'ANÉMIE ET DE PALUDISME.	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE ..... 994 REFUSÉ ..... 995 AUTRE ..... 996	→ 143																											
130	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE D'ANTHROPOMÉTRIE, D'ANÉMIE ET DE PALUDISME.	POSITIF FALCIPARUM ..... 1 POSITIF ESPECES ..... 2 POSITIF FALCIPARUM ET ESPECES ..... 3 NÉGATIF ..... 4 ABSENTE ..... 5 REFUS ..... 6 AUTRE ..... 7	→ 141B → 143 → 141B																											
131	Est-ce que (NOM) souffre d'une des maladies suivantes ou présente un ou des symptômes suivants :  a) Prostration, c'est-à-dire un état de faiblesse extrême? b) Problèmes cardiaques? c) Perte de conscience? d) Respiration difficile ou rapide ? e) Convulsions ? f) Saignements anormaux ? g) Jaunisse ou peau jaunâtre ? h) Urines foncées ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PROSTRATION .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) PROBLÈMES CARDIAQUES .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) PERTE CONSCIENCE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) RESPIRATION DIFFICILE/RAPIDE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) CONVULSIONS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) SAIGNEMENTS ANORMAUX .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) URINE FONCÉES .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	a) PROSTRATION .....	1	2	b) PROBLÈMES CARDIAQUES .....	1	2	c) PERTE CONSCIENCE .....	1	2	d) RESPIRATION DIFFICILE/RAPIDE .....	1	2	e) CONVULSIONS .....	1	2	f) SAIGNEMENTS ANORMAUX .....	1	2	g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE .....	1	2	h) URINE FONCÉES .....	1	2	
	OUI	NON																												
a) PROSTRATION .....	1	2																												
b) PROBLÈMES CARDIAQUES .....	1	2																												
c) PERTE CONSCIENCE .....	1	2																												
d) RESPIRATION DIFFICILE/RAPIDE .....	1	2																												
e) CONVULSIONS .....	1	2																												
f) SAIGNEMENTS ANORMAUX .....	1	2																												
g) JAUNISSE/PEAU JAUNÂTRE .....	1	2																												
h) URINE FONCÉES .....	1	2																												
132	VÉRIFIEZ 131: Y A-T-IL UN 'OUI' ENCERCLÉ? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>		→ 134																											
133	VÉRIFIEZ 129 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL, ANÉMIE SEVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 AUTRE ..... 6	→ 135																											

MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES ENFANTS DE 0-4 ANS

134	<p>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR PALUDISME SÉVÈRE. Le test pour le diagnostic du paludisme montre que (NOM DE L'ENFANT) a du paludisme. Votre enfant a également des symptômes de paludisme sévère. Le médicament que j'ai contre le paludisme n'aidera pas votre enfant, et je ne peux pas lui donner de traitement. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené tout de suite à un établissement de soins.</p> <p>ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE DU PALUDISME SÉVÈRE.</p>		→ 141B																				
135	<p>Au cours des 2 dernières semaines, est-ce que (NOM) a pris ou (NOM) prend-il du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] donné par un médecin ou un centre de santé pour traiter le paludisme ?</p> <p>VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DE VOIR LE TRAITEMENT.</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>	→ 137																				
136	<p>DÉCLARATION DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION]. Vous m'avez dit que (NOM DE L'ENFANT) a déjà reçu du [ MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] pour le paludisme. Je ne peux donc pas vous donner du [MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION] supplémentaire. Cependant, le test montre qu'il/elle a du paludisme. Si votre enfant a de la fièvre pendant 2 jours après la dernière dose du [ MÉDICAMENT DE PREMIÈRE INTENTION], vous devrez amener l'enfant au centre de santé le plus proche pour des examens approfondis.</p>		→ 143																				
137	<p>LIRE LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT ANTIPALUDIQUE.</p> <p>Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé Artesunate Amodiaquine. L'Artesunate Amodiaquine est très efficace et d'ici quelques jours, il n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de donner le médicament à l'enfant. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plaît, si vous acceptez, ou non, le médicament.</p>																						
138	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	<p>MÉDICAMENT ACCEPTÉ ..... 1 MÉDICAMENT REFUSE ..... 2 AUTRE ..... 6</p>																					
139	SIGNÉZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR	<p>_____ (SIGNEZ)</p> <p>□ □ □ □ □ NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR</p>																					
140	<p>VÉRIFIEZ 138: MÉDICAMENT ACCEPTÉ ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>		→ 143																				
141	<p>LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT.</p> <p>DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT: Le premier jour donnez le premier comprimé, le second jour le deuxième comprimé et le troisième jour donnez le dernier comprimé. Il est important que vous donniez le comprimé à la même heure durant les trois jours. Mettez le comprimé dans un peu d'eau, mélangez bien l'eau et le comprimé, et donnez-le à l'enfant avec des aliments gras ou des boissons comme du lait ou du lait maternel. Assurez-vous que le traitement COMPLET de 3 jours est pris aux heures recommandées, sinon l'infection pourrait réapparaître. Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les 2 jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.</p> <table border="1" data-bbox="300 1420 1110 1742"> <thead> <tr> <th colspan="4">ARTÉSUNATE AMODIAQUINE (ASAQ)</th> </tr> <tr> <th>ENFANTS DE MOINS DE 1 AN</th> <th>JOUR 1 (1 COMPRIMÉ)</th> <th>JOUR 2 (1 COMPRIMÉ)</th> <th>JOUR 3 (1 COMPRIMÉ)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>COMPRIMÉ DE 25 mg D'ARTÉSUNATE ET 67,5 mg D'AMODIAQUINE</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>ENFANTS DE 1-5 ANS</th> <th>JOUR 1 (1 COMPRIMÉ)</th> <th>JOUR 2 (1 COMPRIMÉ)</th> <th>JOUR 3 (1 COMPRIMÉ)</th> </tr> <tr> <td>COMPRIMÉ DE 50 mg D'ARTÉSUNATE ET 135 mg D'AMODIAQUINE</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			ARTÉSUNATE AMODIAQUINE (ASAQ)				ENFANTS DE MOINS DE 1 AN	JOUR 1 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 2 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 3 (1 COMPRIMÉ)	COMPRIMÉ DE 25 mg D'ARTÉSUNATE ET 67,5 mg D'AMODIAQUINE				ENFANTS DE 1-5 ANS	JOUR 1 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 2 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 3 (1 COMPRIMÉ)	COMPRIMÉ DE 50 mg D'ARTÉSUNATE ET 135 mg D'AMODIAQUINE			
ARTÉSUNATE AMODIAQUINE (ASAQ)																							
ENFANTS DE MOINS DE 1 AN	JOUR 1 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 2 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 3 (1 COMPRIMÉ)																				
COMPRIMÉ DE 25 mg D'ARTÉSUNATE ET 67,5 mg D'AMODIAQUINE																							
ENFANTS DE 1-5 ANS	JOUR 1 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 2 (1 COMPRIMÉ)	JOUR 3 (1 COMPRIMÉ)																				
COMPRIMÉ DE 50 mg D'ARTÉSUNATE ET 135 mg D'AMODIAQUINE																							
141B	VÉRIFIEZ 129 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	<p>EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL, ANÉMIE SÈVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 AUTRE ..... 6</p>	→ 143																				
142	<p>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE. Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être emmené à un établissement de soins immédiatement. ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE POUR L'ANÉMIE SÉVÈRE.</p>																						
143	SI IL Y A UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'YA PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 201.																						

MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES FEMMES DE 15-49 ANS

201	VÉRIFIEZ LA "LISTE DES INDIVIDUS/BIOMARQUEURS ÉLIGIBLES" FOURNIE PAR CAPI . INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÂGE ET L'ÉTAT MATRIMONIAL DE TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES À 202, 203 ET 204 SUR CETTE PAGE ET SUR LES PAGES SUIVANTES À PARTIR DE LA PREMIÈRE INSCRITE. SI IL Y A PLUS DE DEUX FEMMES, UTILISEZ UN (DES) QUESTIONNAIRE (S) SUPPLÉMENTAIRE (S).		
	FEMME 1		ALLEZ À
202	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI : ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME.	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>	
203	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI POUR L'ÂGE:	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2	
204	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI POUR L'ÉTAT MATRIMONIAL :	JAMAIS EN UNION/CODE 4 ... 1 AUTRE ..... 2	
205	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996	} → 207
206	LA FEMME PORTAIT-ELLE UNIQUEMENT DES VÊTEMENTS LÉGERS ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
207	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	} → 209
208	LA MESURE ENREGISTRÉE A-T-ELLE ÉTÉ GÊNÉE PAR DES CHEVEUX TRESSÉS OU COIFFÉS ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
209	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR	
210	INSCRIVEZ NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR ASSISTANT SI PAS D'AGENT BIOMARQUEUR ASSISTANT, INSCRIRE 9999.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR	
211	DATE DU JOUR :	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE POUR LA MESURE DE LA TENSION ARTERIELLE</b>			
212	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LA MESURE DE LA TENSION ARTERIELLE :</p> <p>Pendant l'entretien, j'aimerais mesurer votre tension artérielle pour voir si vous souffrez d'hypertension. Si vous êtes d'accord, nous prendrons une mesure trois fois pendant l'entretien.</p> <p>Nous utiliserons un appareil numérique automatisé. La procédure est sans danger, mais vous pouvez ressentir une gêne lorsque le brassard de mesure serre votre bras. Si l'hypertension n'est pas traitée, elle peut éventuellement causer de graves dommages au cœur et aux vaisseaux sanguins du cerveau.</p> <p>Vous recevrez les résultats de la mesure de la pression artérielle à la fin de notre entretien, avec une explication des chiffres. Si votre tension artérielle est élevée, nous vous suggérons de consulter un établissement de santé ou un médecin car nous ne pouvons pas vous fournir d'autres tests ou traitements pendant l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions sur la mesure de la tension artérielle jusqu'à présent ? Si vous avez des questions sur la procédure à tout moment, n'hésitez pas à me les poser.</p> <p>Vous pouvez dire oui ou non à la mesure de votre tension artérielle. Vous pouvez également décider à tout moment de l'entretien de ne pas faire mesurer votre tension artérielle.</p> <p>Acceptez-vous de prendre votre mesure de tension artérielle à ce moment ?</p>		

MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES FEMMES DE 15-49 ANS

213	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3	
214	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI PRENDRA LA TENSION ARTÉRIELLE	_____ (SIGNATURE) [ ][ ][ ][ ] NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR	
215	VÉRIFIEZ 213:	ACCORDE <input type="checkbox"/> REFUSE/ABSENT/AUTRE <input type="checkbox"/>	# → 242
218	Avant de prendre votre mesure, j'aimerais vous poser quelques questions sur les choses qui peuvent affecter la tension artérielle. Avez-vous fait l'une des choses suivantes au cours des 30 dernières minutes :" a) Mangé quelque chose ? b) Bu du café, du thé, du cola ou une autre boisson contenant de la caféine ? c) Fumé un produit de tabac? d) Pratiqué une activité physique ou un exercice qui vous a fait respirer plus que d'habitude ?	OUI NON NSP a) MANGÉ ..... 1 2 8 b) CAFFEINE ..... 1 2 8 c) FUMÉ ..... 1 2 8 d) FAIT DE L'EXERCICE ..... 1 2 8	
219	Nous allons maintenant mesurer votre tension artérielle. AVANT DE PRENDRE LA PREMIÈRE MESURE DE LA PRESSON ARTÉRIELLE, MESUREZ LA CIRCONFÉRENCE DU BRAS DU RÉPONDANT À MI-DIATANCE ENTRE LE COUDE ET L'ÉPAULE. ENREGISTRER LA MESURE EN CENTIMETRES.	CIRCONFÉRENCE DU BRAS (EN CENTIMETRES) [ ][ ]	
220	UTILISEZ LA MESURE DE LA CIRCONFÉRENCE DU BRAS POUR SÉLECTIONNER LA TAILLE DE BRASSARD APPROPRIÉE.	PETIT: 17 CM – 22 CM ..... 1 1 GRAND: 22 CM – 42 CM ..... 2 2 TRES GRAND: > 42 CM ..... 3	
221	EFFECTUEZ LA PREMIÈRE MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE. ENREGISTRER LA TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE. SI VOUS N'ÊTES PAS EN MESURE DE MESURER LA TENSION ARTÉRIELLE DU RÉPONDANT, ENREGISTREZ LA RAISON.	MESURES DE LA TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ..... [ ][ ][ ] DIASTOLIQUE ..... [ ][ ][ ] PROBLÈMES TECHNIQUE: ... 995 AUTRE ..... 996 REFUS ..... 997	→ 242
226	METTEZ LE CHRONO EN MARCHÉ POUR TROIS MINUTES ET ASSUREZ VOUS QUE 3 MINUTES SONT PASSES AVANT DE PRENDRE LA MESURE SUIVANTE		
226A	Puis-je prendre votre tension artérielle pour la deuxième fois?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 237
226B	ENREGISTREZ L'HEURE	HEURE : MINUTES [ ][ ] : [ ][ ]	
227	EFFECTUEZ LA DEUXIÈME MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE. ENREGISTRER LA TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE. SI VOUS N'ÊTES PAS EN MESURE DE MESURER LA TENSION ARTÉRIELLE DU RÉPONDANT, ENREGISTREZ LA RAISON.	MESURES DE LA TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ..... [ ][ ][ ] DIASTOLIQUE ..... [ ][ ][ ] PROBLÈMES TECHNIQUE: ... 995 AUTRE ..... 996 REFUS ..... 997	→ 237

MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES FEMMES DE 15-49 ANS

235	METTEZ LE CHRONO EN MARCHÉ POUR TROIS MINUTES ET ASSUREZ VOUS QUE 3 MINUTES SONT PASSES AVANT DE PRENDRE LA MESURE SUIVANTE		
236A	Puis-je prendre votre tension artérielle pour la troisième fois?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 237
236B	ENREGISTREZ L'HEURE	HEURE : MINUTES [ ][ ] : [ ][ ]	
236	<p><b>EFFECTUEZ LA TROISIEME MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE.</b></p> <p>ENREGISTRER LA TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE.</p> <p>SI VOUS N'ÊTES PAS EN MESURE DE MESURER LA TENSION ARTÉRIELLE DU RÉPONDANT, ENREGISTREZ LA RAISON.</p>	<p><b>MESURES DE LA TENSION ARTÉRIELLE</b></p> <p>SYSTOLIQUE ..... [ ][ ][ ]</p> <p>DIASTOLIQUE ..... [ ][ ][ ]</p> <p>PROBLÈMES TECHNIQUE... 995</p> <p>AUTRE ..... 996</p> <p>REFUS ..... 997</p>	
237	ENREGISTRER ET CALCULER LA MOYENNE DE LA TENSION SYSTOLIQUE ET LA MOYENNE DE LA TENSION ARTÉRIELLE DIASTOLIQUE DE 227 ET 236 :	<p>TENSIONS ARTÉRIELLES SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES EN 227 ET 236 <input type="checkbox"/></p> <p>TENSIONS ARTÉRIELLES SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉES EN 227 ET/OU 236 <input type="checkbox"/></p>	→ 238A
237A	TENSION ARTÉRIELLE DE 227 :	SYSTOLIQUE [ ][ ][ ] DIASTOLIQUE [ ][ ][ ]	
237B	TENSION ARTÉRIELLE DE 236:	SYSTOLIQUE [ ][ ][ ] DIASTOLIQUE [ ][ ][ ]	
237C	ENREGISTREZ LA SOMME DES MESURES SYSTOLIQUES ET DIASTOLIQUES.	SOMME SYSTOLIQUE [ ][ ][ ] SOMME DIASTOLIQUE [ ][ ][ ]	
237D	CALCULEZ LA TENSION ARTÉRIELLE MOYENNE SYSTOLIQUE ET TENSION MOYENNE DIASTOLIQUE EN DIVISANT CHACUNE DES SOMMES DANS 237C PAR 2.	MOYENNE SYSTOLIQUE [ ][ ][ ] MOYENNE DIASTOLIQUE [ ][ ][ ]	→ 238D
238A	VÉRIFIEZ 236:	<p>TENSIONS ARTÉRIELLES SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉES DANS 236 <input type="checkbox"/></p> <p>TENSIONS ARTÉRIELLES SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES DANS 236 <input type="checkbox"/></p>	→ 238D
238B	VÉRIFIEZ 227:	<p>TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉES DANS 227 <input type="checkbox"/></p> <p>TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES DANS 227 <input type="checkbox"/></p>	→ 238D
238C	VÉRIFIEZ 221:	<p>TENSIONS ARTÉRIELLES SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES DANS 221 <input type="checkbox"/></p> <p>TENSIONS ARTÉRIELLES SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE <b>NON</b> ENREGISTRÉES DANS 221 <input type="checkbox"/></p>	→ 241
238D	ENREGISTREZ LA TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE.	SYSTOLIQUE [ ][ ][ ] DIASTOLIQUE [ ][ ][ ]	

**MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES FEMMES DE 15-49 ANS**

239 UTILISEZ LE TABLEAU POUR DÉTERMINER LA VALEUR CORRECTE À INSCRIRE SUR LE RAPPORT DE TENSION ARTÉRIELLE ET LE FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE :

ENTOUREZ LA LIGNE QUI COMPREND LA VALEUR DE LA TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ENREGISTRÉE DANS 238D.  
ENSUITE, ENCERCLEZ LA COLONNE QUI CONTIENT LA VALEUR DE LA TENSION ARTÉRIELLE DIASTOLIQUE ENREGISTRÉE DANS 238D  
LA VALEUR DANS LA CELLULE OÙ LA LIGNE ET LA COLONNE SE REJOIGNENT SERA UTILISÉE POUR COMPLÉTER 240.

TENSION SYSTOLIQUE MOYENNE	TENSION DIASTOLIQUE MOYENNE					
	< 85	85 - 89	90 - 99	100 - 109	110 - 119	> = 120
< 130	1	2	3	4	5	6
130 - 139	2	2	3	4	5	6
140 - 159	3	3	3	4	5	6
160 - 179	4	4	4	4	5	6
180 - 209	5	5	5	5	5	6
> = 210	6	6	6	6	6	6

240 ENTOUREZ LA VALEUR DE 239 DANS LE TABLEAU CI-DESSOUS. ENTOUREZ LA MÊME VALEUR DANS LE FORMULAIRE DE RAPPORT SUR LA TENSION ARTÉRIELLE. LISEZ À HAUTE VOIX À L'ENQUÊTÉ(E) LES INSTRUCTIONS DU FORMULAIRE DE RAPPORT À DROITE DE CE NUMÉRO, PUIS DONNEZ LE FORMULAIRE À L'ENQUÊTÉ(E) ET RÉPONDEZ À SES QUESTIONS ÉVENTUELLES.

VALEUR DE 239:	LA CATÉGORIE DE PRESSION ARTÉRIELLE DU RÉPONDANT :	CONSULTER UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ POUR VÉRIFIER LA PRESSION ARTÉRIELLE DANS:
1	FOURCHETTE ACCEPTABLE	12 MOIS
2	À L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DE LA FOURCHETTE ACCEPTABLE	1 MOIS
3	AU-DESSUS DE LA FOURCHETTE ACCEPTABLE	UNE SEMAINE
4	MODÉRÉMENT HAUT	AUJOURD'HUI
5	HAUT	AUJOURD'HUI
6	TRÈS HAUT	MAINTENANT

241 VÉRIFIEZ SI L'ENQUÊTÉ(E) A REÇU LE FORMULAIRE DE RAPPORT SUR LA TENSION ARTÉRIELLE AVEC LES RÉSULTATS ÉCRITS

	FORMULAIRE DE RAPPORT REÇU ..... 1 NON REÇU..... 2
--	--

242 VÉRIFIEZ 203 : AGÉE DE 15-17 ANS  AGÉE DE 18-49 ANS  → 244

243 VÉRIFIEZ 204 : AUTRE  REPONSE 1 (JAMAIS EN UNION)  → 255D

**CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE ADULTE POUR LE TEST DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE**

244 DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE:  
Dans cette enquête, nous demandons aux gens dans tout le pays de participer aux test de l'hémoglobine glyquée. En outre, l'augmentation du taux de sucre dans le sang/hyperglycémie est un problème de santé sérieux qui peut affecter certaines personnes et provoquer l'atteinte de certains organes notamment les reins et les yeux. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le diabète.

Pour les tests de l'hémoglobine glyquée, nous avons besoin d'une goutte de sang d'un doigt. L'équipement qui sera utilisé pour ces tests est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après les tests. Le sang sera testé pour l'hémoglobine glyquée et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Le résultat est strictement confidentiel et ne sera transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.

Avez-vous des questions à me poser?  
Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.  
Voulez-vous participer au test de l'hémoglobine glyquée?

# 245 ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.

	ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
--	---

246 SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI REALISE LA MESURE DU NIVEAU DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE.

\_\_\_\_\_  
(SIGNATURE)





--	--	--	--

  
NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR

MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES FEMMES DE 15-49 ANS

<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE ADULTE POUR LE TEST D'ANÉMIE</b>		
247	<p><b>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE:</b>                      Dans cette enquête, nous demandons aux gens dans tout le pays de participer aux tests d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'une infection ou d'une maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour les tests d'anémie, nous avons besoin d'une goutte de sang d'un doigt. L'équipement qui sera utilisé pour ces tests est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après les tests. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Le résultat est strictement confidentiels et ne sera transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser?                      Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.                      Voulez-vous participer au test d'anémie?</p>	
# 248A	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
248B	<p>SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI REALISE LA MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.</p>	<p align="center">_____                      (SIGNATURE)</p> <p align="center"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                      NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR                 </p>
<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE ADULTE POUR LA COLLECTE DE DBS POUR LES TESTS VIH ET COVID-19</b>		
249	<p><b>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE DE DBS POUR LES TESTS VIH ET COVID-19:</b>                      Dans cette enquête, nous demandons également aux gens dans tout le pays de donner du sang pour le test du VIH et de COVID 19. Le VIH est le virus qui cause le sida alors le COVID cause la maladie à corona virus. Le test du VIH et celui de COVID sont effectués dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH et la COVID 19. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le VIH et la COVID 19.</p> <p>Pour ces tests, nous avons besoin des gouttes de sang d'un doigt et on utilise pour cela un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrons donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître les résultats des tests. Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH et la COVID 19, je peux vous fournir la liste des centres (les plus proches) qui offrent des services de test et de conseils pour ces maladies.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?                      Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.                      Voulez-vous donner du sang pour les tests du VIH et de COVID?</p>	
# 250A	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	<p align="center"><b>TEST VIH</b></p> ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
# 250B	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	<p align="center"><b>TEST COVID-19</b></p> ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
251	<p>SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI PRELEVE LE DBS.</p>	<p align="center">_____                      (SIGNATURE)</p> <p align="center"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                      NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR                 </p>
251B	VÉRIFIEZ 250A OU 250B: AU MOINS UN CONSENTEMENT ACCORDE <input type="checkbox"/>	LES DEUX CONSENTEMENT REFUSES <input type="checkbox"/> → 255A
<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE ADULTE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES</b>		
252	<p><b>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES:</b>                      Nous vous demandons d'autoriser LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués. L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre de vous identifier. Vous n'êtes pas obligée d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, vous pouvez quand même participer aux autres tests réalisés dans le cadre de cette enquête.</p> <p>Est-ce-que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des recherches ou tests supplémentaires ?</p>	
# 253	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3

**MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES FEMMES DE 15-49 ANS**

254	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI PRELEVE LE DBS.	_____ (SIGNATURE)  NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR	
<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE ADULTE POUR LE TEST RAPIDE DU VIH</b>			
255A	DEMANDER LE CONSENTEMENT POUR UN DÉPISTAGE RAPIDE DU VIH :  Si vous voulez connaître votre statut sérologique dès maintenant, nous pouvons faire un test rapide et vous donner le résultat. Le test est gratuit et nous offrirons des conseils avant et après le test.  Pour le test rapide du VIH, nous avons besoin de quelques gouttes (de plus) de sang d'un doigt. Nous utiliserons les mêmes tests rapides utilisés dans les hôpitaux de République Democratique Du Congo. Le matériel utilisé pour prélever le sang est propre et totalement sûr. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le résultat du test sera disponible dans 20 à 30 minutes.  Si le test est positif, je vous remettrai un formulaire de référence pour vous rendre au centre de santé le plus proche pour un suivi avec le personnel médical, comme le recommande le ministère de la Santé.  Avez-vous des questions? Vous pouvez dire oui ou non. C'est à vous de décider. Allez-vous donner du sang pour le dépistage rapide du VIH ?		
255B	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3	
255C	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI A FAIT LE TEST RAPIDE DU VIH.	_____ (SIGNATURE)  NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR	→ 279
255D	INSCRIVEZ LE NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENQUÊTÉE MINEURE.	NOM _____  NUMÉRO DE LIGNE .. 	
<b>CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE</b>			
256	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE : Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test de l'hémoglobine glyquée. En outre, l'augmentation du taux de sucre dans le sang/hyperglycémie est un problème de santé sérieux qui peut affecter certaines personnes et provoquer l'atteinte de certains organes notamment les reins et les yeux. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le diabète.  Pour le test de l'hémoglobine glyquée, nous avons besoin d'une goutte de sang d'un doigt. L'équipement qui sera utilisé pour ce test est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après le test. Le sang sera testé pour l'hémoglobine glyquée immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM DE LA MINEURE) tout de suite. Le résultat est strictement confidentiel et ne sera transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.  Avez-vous des questions à me poser? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE LA MINEURE) à participer aux test de l'hémoglobine glyquée?		
257	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 PARENT/ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ . 2 ABSENTE/AUTRE ..... 3	
258	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI REALISE LA MESURE DU NIVEAU DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE.	_____ (SIGNATURE)  NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR	
259	VÉRIFIEZ 257:	CONSENTEMENT ACCORDÉ <input type="checkbox"/> CONSENTEMENT REFUSÉ <input type="checkbox"/>	→ 263

MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES FEMMES DE 15-49 ANS

<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE</b>		
260	<p><b>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE :</b>                      Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test de l'hémoglobine glyquée. En outre, l'augmentation du taux de sucre dans le sang/hyperglycémie est un problème de santé sérieux qui peut affecter certaines personnes et provoquer l'atteinte de certains organes notamment les reins et les yeux. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le diabète.</p> <p>Pour le test de l'hémoglobine glyquée, nous avons besoin d'une goutte de sang d'un doigt. L'équipement qui sera utilisé pour ces tests est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après le test. Le sang sera testé pour l'hémoglobine glyquée immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE) tout de suite. Le résultat est strictement confidentiel et ne sera transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser?                      Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.                      Voulez-vous participer au test de l'hémoglobine glyquée?</p>	
261	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ ..... 2 ABSENTE/AUTRE ..... 3
262	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI REALISE LA MESURE DU NIVEAU DE GLYCEMIE.	<hr style="width: 100%;"/> (SIGNATURE) <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR
<b>CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LES TESTS D'ANÉMIE</b>		
263	<p><b>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE:</b>                      Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'une infection ou d'une maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin d'une goutte de sang d'un doigt. L'équipement qui sera utilisé pour ces tests est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après le test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM DE LA MINEURE) tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne sera transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser?                      Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.</p>	
# 264A	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 PARENT/ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ . 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
264B	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI REALISE LA MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.	<hr style="width: 100%;"/> (SIGNATURE) <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR
264C	VÉRIFIEZ 264A:      CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> ACCORDÉ ↓                      CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> REFUSÉ	265 →
<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST D'ANÉMIE</b>		
264D	<p><b>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST D'ANÉMIE:</b>                      Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'une infection ou d'une maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin d'une goutte de sang d'un doigt. L'équipement qui sera utilisé pour ce test est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après le test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE) tout de suite. Le résultat est strictement confidentiels et ne sera transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser?                      Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.                      Voulez-vous participer au test d'anémie?</p>	
# 264E	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3

**MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES FEMMES DE 15-49 ANS**

264F	SIGNÉZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI REALISE LA MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> (SIGNATURE)  <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR
------	---	---

**CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LA COLLECTE DE DBS POUR LES TESTS VIH ET COVID-19**

265	<p><b>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LA COLLECTE DE DBS:</b>                  Dans cette enquête, nous demandons également aux gens dans tout le pays de donner du sang pour les tests du VIH et de COVID 19. Le VIH est le virus qui cause le sida alors le COVID cause la maladie à corona virus. Le test du VIH et celui de COVID sont effectués dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH et la COVID 19. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le VIH et la COVID 19.</p> <p>Pour ces tests, nous avons besoin de quelques gouttes de sang d'un doigt et on utilise pour cela un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrons donc pas vous donner les résultats des tests. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat des tests de (NOM DE LA PERSONNE MINEURE). Si (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) veut savoir si elle a, ou non, le VIH et la COVID 19, je peux vous fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH et la COVID 19.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?                  Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.                  Autorisez-vous (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) à donner du sang pour les tests du VIH et de COVID 19?</p>	
-----	--	--

# 266A	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	<p align="center"><b>TEST DU VIH</b></p> ACCORDÉ ..... 1 PARENT/ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ . 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
--------	------------------------------	--

# 266B	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	<p align="center"><b>TEST DE COVID-19</b></p> ACCORDÉ ..... 1 PARENT/ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ . 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
--------	------------------------------	---

267	SIGNÉZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI PRELEVE LE DBS.	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> (SIGNATURE)  <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR
-----	--	---

268	VÉRIFIEZ 266A ET 266B:      AU MOINS UN CONSENTEMENT ACCORDÉ <input type="checkbox"/> LES DEUX CONSENTEMENT REFUSÉS <input type="checkbox"/>	→ 278A
-----	--	--------

**CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LA COLLECTE DE DBS POUR LES TESTS VIH ET COVID-19**

269	<p><b>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LA COLLECTE DE DBS :</b>                  Dans cette enquête, nous demandons également aux gens dans tout le pays de donner du sang pour les tests du VIH et de COVID 19. Le VIH est le virus qui cause le sida alors le COVID cause la maladie à corona virus. Le test du VIH et celui de COVID sont effectués dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH et la COVID 19. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le VIH et la COVID 19.</p> <p>Pour ces tests, nous avons besoin de quelques gouttes de sang d'un doigt et on utilise pour cela un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrons donc pas vous donner les résultats des tests. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître les résultats des tests. Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH et la COVID 19, je peux vous fournir la liste des centres (les plus proches) qui offrent des services de test et de conseils pour ces maladies.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?                  Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.                  Voulez-vous donner du sang pour les tests du VIH et de COVID?</p>	
-----	---	--

270A	VÉRIFIEZ 266A:      CONSENTEMENT ACCORDÉ <input type="checkbox"/> CONSENTEMENT REFUSÉ <input type="checkbox"/>	→ 270C
------	--	--------

# 270B	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	<p align="center"><b>TEST DU VIH</b></p> ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
--------	------------------------------	--

270C	VÉRIFIEZ 266B:      CONSENTEMENT ACCORDÉ <input type="checkbox"/> CONSENTEMENT REFUSÉ <input type="checkbox"/>	→ 271
------	--	-------

MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES FEMMES DE 15-49 ANS

# 270D	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	<b>TEST DE COVID-19</b> ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
271	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI PRELEVE LE DBS.	_____ (SIGNATURE)  [ ][ ][ ][ ] NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR
271A	VÉRIFIEZ 270B ET 270D:      AU MOINS UN CONSENTEMENT ACCORDÉ <input type="checkbox"/> LES DEUX CONSENTEMENT REFUSES <input type="checkbox"/>	→ 278A
<b>CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES</b>		
272	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES : Nous vous demandons d'autoriser le MINISTÈRE DE LA SANTÉ à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués.  L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre d'identifier (NOM DE LA PERSONNE MINEURE). Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) peut quand même participer aux autres tests réalisés dans le cadre de cette enquête.  Est-ce-que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des tests supplémentaires ?	
273	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 PARENT/ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ . 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
274	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI PRELEVE LE DBS.	_____ (SIGNATURE)  [ ][ ][ ][ ] NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR
275	VÉRIFIEZ 273:      CONSENTEMENT ACCORDÉ <input type="checkbox"/> CONSENTEMENT REFUSÉ <input type="checkbox"/>	→ 278A
<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES</b>		
276	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES : Nous vous demandons d'autoriser le MINISTÈRE DE LA SANTÉ à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués.  L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre de vous identifier. Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, vous pouvez quand même participer aux autres tests réalisés dans le cadre de cette enquête.  Est-ce-que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des tests supplémentaires ?	
277	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ ..... 2 ABSENTE/AUTRE ..... 3
278	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI PRELEVE LE DBS.	_____ (SIGNATURE)  [ ][ ][ ][ ] NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR

**MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES FEMMES DE 15-49 ANS**

<b>CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST RAPIDE DU VIH</b>		
278A	<p>DEMANDER LE CONSENTEMENT AU TEST RAPIDE DU VIH AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE :</p> <p>Si vous voulez que (NOM DE LA MINEURE) connaisse son statut sérologique dès maintenant, nous pouvons faire un test rapide et lui donner le résultat. Le test est gratuit et nous offrirons des conseils avant et après le test.</p> <p>Pour le test rapide du VIH, nous avons besoin de quelques gouttes (de plus) de sang d'un doigt. Nous utiliserons les mêmes tests rapides utilisés dans les hôpitaux de la RDC. Le matériel utilisé pour prélever le sang est propre et totalement sûr. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le résultat du test sera disponible pour (NOM DE LA MINEURE) 20-30 minutes.</p> <p>Si le test est positif, je donnerai à (NOM DE LA MINEURE) un formulaire de référence pour qu'il se rende à l'établissement de santé le plus proche pour un suivi avec des techniciens de santé, comme recommandé par le ministère de la Santé.</p> <p>Avez-vous des questions?                      Vous pouvez dire oui au test, ou vous pouvez dire non. C'est à vous de décider.                      Autorisez-vous (NOM DE LA MINEURE) à donner du sang pour le test rapide du VIH ?</p>	
278B	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 PARENT/ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ . 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
278C	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI A FAIT LE TEST RAPIDE DU VIH	<hr style="width: 100%;"/> (SIGNATURE)  <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR
278D	VÉRIFIEZ 278B :      CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> ACCORDÉ      CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> REFUSÉ <span style="float: right;">→ 279</span>	
<b>ACCORD DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST RAPIDE DU VIH</b>		
278E	<p>DEMANDER L'ACCORD POUR UN DÉPISTAGE RAPIDE DU VIH À UN MINEUR :</p> <p>Si vous voulez connaître votre statut sérologique dès maintenant, nous pouvons faire un test rapide et vous donner le résultat. Le test est gratuit et nous offrirons des conseils avant et après le test.</p> <p>Pour le test rapide du VIH, nous avons besoin de quelques gouttes (de plus) de sang d'un doigt. Nous utiliserons les mêmes tests rapides utilisés dans les hôpitaux de la RDC. Le matériel utilisé pour prélever le sang est propre et totalement sûr. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le résultat du test sera disponible dans 20 à 30 minutes.</p> <p>Si le test est positif, je vous remettrai un formulaire de référence pour vous rendre au centre de santé le plus proche pour un suivi avec le personnel médical, comme le recommande le ministère de la Santé.</p> <p>Avez-vous des questions?                      Vous pouvez dire oui ou non. C'est à vous de décider.</p>	
278F	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
278G	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI A FAIT LE TEST RAPIDE DU VIH	<hr style="width: 100%;"/> (SIGNATURE)  <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR
279	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.	
279A	PLACEZ ÉTIQUETTE CODE BARRE.	<div style="border: 2px dashed black; padding: 10px; text-align: center;">                         COLLEZ LA 1<sup>re</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE.                     </div> <p align="center">COLLEZ LA 2<sup>ème</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION ET LA 3<sup>ème</sup> SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE</p> <p align="right">                         ABSENTE ..... 994                          REFUS ..... 995                          AUTRE ..... 996                     </p>

MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES FEMMES DE 15-49 ANS

279B	SI LE RÉPONDANT ADULTE, VÉRIFIER 253 ; SI RÉPONDANT MINEUR, VÉRIFIER 273 ET 277	SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ ACCORDÉ, ÉCRIVEZ "NAT" SUR LE PAPIER FILTRE	
280	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HEMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE D'ANTHROPOMETRIE, D'ANÉMIE ET DE GLYCEMIE .	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	
281	INSCRIVEZ LE POURCENTAGE DE LA PROTEINE GLYQUEE ICI ET DANS LA BROCHURE D'ANTHROPOMETRIE, D'ANÉMIE ET DE GLYCEMIE .	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> % ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	
282	VÉRIFIEZ 280 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS 8.0 G/DL, ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	→ 284 → 284
283	<b>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</b> Le test pour le diagnostic d'anémie montre que vous avez une anémie sévère. Vous êtes très malade et vous devez vous rendre immédiatement dans un établissement de soins. ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE POUR L'ANÉMIE SÉVÈRE.		
284	VÉRIFIEZ 281 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE	AU-DESSUS 6.5 %, HYPERGLYCEMIE ..... 1 6.5% OU MOINS ..... 2 ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	→ 286
285	<b>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR HYERGLYCEMIE.</b> Le test pour le diagnostic de diabète montre que vous avez un taux élevé de sucre dans le sang. Vous devez vous rendre immédiatement dans un établissement de soins. ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU TEST DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE POUR HYPERGLYCEMIE.		
286	ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU DETERMINE DU VIH ICI.	POSITIF ..... 1 NÉGATIF ..... 2 ABSENTE ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6	→ 290 → 299 → 293
287A	ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU STAT PAK DU VIH ICI.	POSITIF ..... 1 NÉGATIF ..... 2 ABSENTE ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6	→ 288 → 292
287B	ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU UNI GOLD DU VIH ICI.	POSITIF ..... 1 NÉGATIF ..... 2 ABSENTE ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6	→ 289 → 291 → 292
288	ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU DETERMINE DU VIH ICI.	POSITIF ..... 1 NÉGATIF ..... 2 ABSENTE ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6	→ 291 → 290 → 292
289	LE RÉPONDANT EST POSITIF:  INFORMER LE RÉPONDANT DE SON STATUT DU VIH ET LUI FOURNIR LES CONSEILS APRÈS LE TEST. DANS LE CADRE DE CONSEILS APRÈS LE TEST, FOURNIR UNE RÉFÉRENCE À L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ LE PLUS PROCHE OÙ DES SERVICES DE SOINS ET DE TRAITEMENT DU VIH QUI SONT DISPONIBLES		→ 293

MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES FEMMES DE 15-49 ANS

290	LE RÉPONDANT EST NEGATIF: INFORMER LE RÉPONDANT DU RÉSULTAT DU TEST ET LUI FOURNIR LES CONSEILS APRÈS LE TEST.		→ 293
291	LE RÉSULTAT DU VIH DU RÉPONDANT EST INDÉTERMINÉ: INFORMER LE RÉPONDANT DU RÉSULTAT DU TEST ET LUI FOURNIR LES CONSEILS APRÈS LE TEST. DANS LE CADRE DE CONSEILS APRÈS LE TEST, RECOMMANDER QUE LE RÉPONDANT SOIT RETESTÉ DANS 14 JOURS ET FOURNIR UNE RÉFÉRENCE À CENTRE DE SANTÉ LE PLUS PROCHE OÙ LE DÉPISTAGE DU VIH PEUT ÊTRE EFFECTUÉ.		→ 293
292	IL N'EST PAS POSSIBLE DE COMPLÉTER L'ALGORITHME DE DÉPISTAGE DU VIH DU RÉPONDANT : INFORMER LE RÉPONDANT QU'UN RÉSULTAT NE PEUT PAS ÊTRE DONNÉ CAR LE TEST N'A PAS ÉTÉ TERMINÉ ET LUI FOURNIR LES CONSEILS APRÈS LE TEST. DANS LE CADRE DU CONSEIL APRÈS LE TEST, RECOMMANDER AU RÉPONDANT DE SE RENDRE DANS UN CENTRE DE SANTÉ LE PLUS PROCHE POUR EFFECTUER LE SUIVI DU DÉPISTAGE DU VIH AFIN DE		
293	LORS DU TEST SUR LE RÉPONDANT, EXISTAIT'IL UN TDR INVALIDE/QUI N'A PAS FONCTIONNER, C'EST-À-DIRE QUE LA BANDE DE CONTRÔLE N'EST PAS APPARUE?	TDR RÉALISÉ, AU MOINS UN TEST INVALIDE ..... 1 TDR RÉALISÉ, AUCUN INVALID. 2 AUCUN TDR EFFECTUÉ ..... 3	→ 299
294	ENREGISTREZ LE NOMBRE DE RÉSULTATS INVALIDES EN UTILISANT DETERMINE	ZERO ..... 0 NOMBRE DE RÉSULTATS INVALIDES ..... <input type="text"/>	
295	VÉRIFIEZ 287A: STAT PAK EFFECTUÉ <input type="checkbox"/> STAT PAK PAS EFFECTUÉ <input type="checkbox"/>		→ 299
296	ENREGISTREZ LE NOMBRE DE RÉSULTATS INVALIDES EN UTILISANT STAT PAK	ZERO ..... 0 NOMBRE DE RÉSULTATS INVALIDES ..... <input type="text"/>	
297	VÉRIFIEZ 287B: UNI GOLD EFFECTUÉ <input type="checkbox"/> UNI GOLD PAS EFFECTUÉ <input type="checkbox"/>		→ 299
298	ENREGISTREZ LE NOMBRE DE RÉSULTATS INVALIDES EN UTILISANT UNI GOLD	ZERO ..... 0 NOMBRE DE RÉSULTATS INVALIDES ..... <input type="text"/>	
299	S' IL Y A UNE AUTRE FEMME, ALLEZ À 202 À LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS DE FEMMES, ALLEZ À 301.		

MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES FEMMES DE 15-49 ANS		
201	VÉRIFIEZ LA "LISTE DES INDIVIDUS/BIMARQUEURS ÉLIGIBLES" FOURNIE PAR CAPI . INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÂGE ET L'ÉTAT MATRIMONIAL DE TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES À 202, 203 ET 204 SUR CETTE PAGE ET SUR LES PAGES SUIVANTES À PARTIR DE LA PREMIÈRE INSCRITE. SI IL Y A PLUS DE DEUX FEMMES, UTILISEZ UN (DES) QUESTIONNAIRE (S) SUPPLÉMENTAIRE (S).	
FEMME 2		ALLEZ À
202	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI : ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME.	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/>
203	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI POUR L'ÂGE:	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2
204	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI POUR L'ÉTAT MATRIMONIAL :	JAMAIS EN UNION/CODE 4 ... 1 AUTRE ..... 2
205	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996 →207
206	LA FEMME PORTAIT-ELLE UNIQUEMENT DES VÊTEMENTS LÉGERS ?	OUI ..... 1 NON ..... 2
207	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996 →209
208	LA MESURE ENREGISTRÉE A-T-ELLE ÉTÉ GÉNÉE PAR DES CHEVEUX TRESSÉS OU COIFFÉS ?	OUI ..... 1 NON ..... 2
209	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR
210	INSCRIVEZ NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR ASSISTANT SI PAS D'AGENT BIOMARQUEUR ASSISTANT, INSCRIRE 9999.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR
211	DATE DU JOUR :	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE POUR LA MESURE DE LA TENSION ARTERIELLE		
212	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LA MESURE DE LA TENSION ARTERIELLE :</p> <p>Pendant l'entretien, j'aimerais mesurer votre tension artérielle pour voir si vous souffrez d'hypertension. Si vous êtes d'accord, nous prendrons une mesure trois fois pendant l'entretien.</p> <p>Nous utiliserons un appareil numérique automatisé. La procédure est sans danger, mais vous pouvez ressentir une gêne lorsque le brassard de mesure serre votre bras. Si l'hypertension n'est pas traitée, elle peut éventuellement causer de graves dommages au cœur et aux vaisseaux sanguins du cerveau.</p> <p>Vous recevrez les résultats de la mesure de la pression artérielle à la fin de notre entretien, avec une explication des chiffres. Si votre tension artérielle est élevée, nous vous suggérons de consulter un établissement de santé ou un médecin car nous ne pouvons pas vous fournir d'autres tests ou traitements pendant l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions sur la mesure de la tension artérielle jusqu'à présent ? Si vous avez des questions sur la procédure à tout moment, n'hésitez pas à me les poser.</p> <p>Vous pouvez dire oui ou non à la mesure de votre tension artérielle.</p> <p>Vous pouvez également décider à tout moment de l'entretien de ne pas faire mesurer votre tension artérielle.</p> <p>Acceptez-vous de prendre votre mesure de tension artérielle à ce moment ?</p>	

MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES FEMMES DE 15-49 ANS			
213	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3	
214	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI PRENDRA LA TENSION ARTÉRIELLE	_____ (SIGNATURE) [ ][ ][ ][ ] NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR	
215	VÉRIFIEZ 213:	ACCORDE <input type="checkbox"/> REFUSE/ABSENT/AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 242
218	Avant de prendre votre mesure, j'aimerais vous poser quelques questions sur les choses qui peuvent affecter la tension artérielle. Avez-vous fait l'une des choses suivantes au cours des 30 dernières minutes :" a) Mangé quelque chose ? b) Bu du café, du thé, du cola ou une autre boisson contenant de la caféine ? c) Fumé un produit de tabac? d) Pratiqué une activité physique ou un exercice qui vous a fait respirer plus que d'habitude ?	OUI NON NSP a) MANGÉ ..... 1 2 8 b) CAFFEINE ..... 1 2 8 c) FUMÉ ..... 1 2 8 d) FAIT DE L'EXERCICE .... 1 2 8	
219 #	Nous allons maintenant mesurer votre tension artérielle. AVANT DE PRENDRE LA PREMIÈRE MESURE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE, MESUREZ LA CIRCONFÉRENCE DU BRAS DU RÉPONDANT À MI-DISTANCE ENTRE LE COUDE ET L'ÉPAULE. ENREGISTRER LA MESURE EN CENTIMETRES.	CIRCONFÉRENCE DU BRAS (EN CENTIMETRES) [ ][ ]	
220	UTILISEZ LA MESURE DE LA CIRCONFÉRENCE DU BRAS POUR SÉLECTIONNER LA TAILLE DE BRASSARD APPROPRIÉE.	PETIT: 17 CM – 22 CM ..... 1 GRAND: 22 CM – 42 CM ..... 2 TRES GRAND: > 42 CM ..... 3	
221	<b>EFFECTUEZ LA PREMIÈRE MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE.</b> ENREGISTRER LA TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE. SI VOUS N'ÊTES PAS EN MESURE DE MESURER LA TENSION ARTÉRIELLE DU RÉPONDANT, ENREGISTREZ LA RAISON.	<b>MESURES DE LA TENSION ARTÉRIELLE</b> SYSTOLIQUE .... [ ][ ][ ] DIASTOLIQUE .... [ ][ ][ ] PROBLÈMES TECHNIQUE... 995 AUTRE ..... 996 REFUS ..... 997	→ 242
226	METTEZ LE CHRONO EN MARCHÉ POUR TROIS MINUTES ET ASSUREZ VOUS QUE 3 MINUTES SONT PASSES AVANT DE PRENDRE LA MESURE SUIVANTE		
226A	Puis-je prendre votre tension artérielle pour la deuxième fois?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 237
226B	ENREGISTREZ L'HEURE	HEURE : MINUTES [ ][ ] : [ ][ ]	
227	<b>EFFECTUEZ LA DEUXIÈME MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE.</b> ENREGISTRER LA TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE. SI VOUS N'ÊTES PAS EN MESURE DE MESURER LA TENSION ARTÉRIELLE DU RÉPONDANT, ENREGISTREZ LA RAISON.	<b>MESURES DE LA TENSION ARTÉRIELLE</b> SYSTOLIQUE .... [ ][ ][ ] DIASTOLIQUE .... [ ][ ][ ] PROBLÈMES TECHNIQUE... 995 AUTRE ..... 996 REFUS ..... 997	→ 237

MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES FEMMES DE 15-49 ANS		
235	METTEZ LE CHRONO EN MARCHÉ POUR TROIS MINUTES ET ASSUREZ VOUS QUE 3 MINUTES SONT PASSES AVANT DE PRENDRE LA MESURE SUIVANTE	
236A	Puis-je prendre votre tension artérielle pour la troisième fois?	OUI ..... 1 NON ..... 2 → 237
236B	ENREGISTREZ L'HEURE	HEURE : MINUTES □□ : □□
236	<b>EFFECTUEZ LA TROISIEME MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE.</b>  ENREGISTRER LA TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE.  SI VOUS N'ÊTES PAS EN MESURE DE MESURER LA TENSION ARTÉRIELLE DU RÉPONDANT, ENREGISTREZ LA RAISON.	<b>MESURES DE LA TENSION ARTÉRIELLE</b>  SYSTOLIQUE .... □□□ DIASTOLIQUE .... □□□  PROBLÈMES TECHNIQUE... 995 AUTRE ..... 996 REFUS ..... 997
237	ENREGISTRER ET CALCULER LA MOYENNE DE LA TENSION SYSTOLIQUE ET LA MOYENNE DE LA TENSION ARTÉRIELLE DIASTOLIQUE DE 227 ET 236 :	
	TENSIONS ARTÉRIELLES SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES EN 227 ET 236 <input type="checkbox"/>	TENSIONS ARTÉRIELLES SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉES EN 227 ET/OU 236 <input type="checkbox"/> → 238A
237A	TENSION ARTÉRIELLE DE 227 :	SYSTOLIQUE □□□ DIASTOLIQUE □□□
237B	TENSION ARTÉRIELLE DE 236:	SYSTOLIQUE □□□ DIASTOLIQUE □□□
237C	ENREGISTREZ LA SOMME DES MESURES SYSTOLIQUES ET DIASTOLIQUES.	SOMME SYSTOLIQUE □□□ SOMME DIASTOLIQUE □□□
237D	CALCULEZ LA TENSION ARTÉRIELLE MOYENNE SYSTOLIQUE ET TENSION MOYENNE DIASTOLIQUE EN DIVISANT CHACUNE DES SOMMES DANS 237C PAR 2.	MOYENNE SYSTOLIQUE □□□ MOYENNE DIASTOLIQUE □□□ → 238D
238A	VÉRIFIEZ 236:	TENSIONS ARTÉRIELLES SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉES DANS 236 <input type="checkbox"/>
		TENSIONS ARTÉRIELLES SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES DANS 236 <input type="checkbox"/> → 238D
238B	VÉRIFIEZ 227:	TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉES DANS 227 <input type="checkbox"/>
		TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES DANS 227 <input type="checkbox"/> → 238D
238C	VÉRIFIEZ 221:	TENSIONS ARTÉRIELLES SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES DANS 221 <input type="checkbox"/>
		TENSIONS ARTÉRIELLES SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE <b>NON</b> ENREGISTRÉES DANS 221 <input type="checkbox"/> → 241
238D	ENREGISTREZ LA TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE.	SYSTOLIQUE □□□ DIASTOLIQUE □□□

MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES FEMMES DE 15-49 ANS

239 UTILISEZ LE TABLEAU POUR DÉTERMINER LA VALEUR CORRECTE À INSCRIRE SUR LE RAPPORT DE TENSION ARTÉRIELLE ET LE FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE :

ENTOUREZ LA LIGNE QUI COMPREND LA VALEUR DE LA TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ENREGISTRÉE DANS 238D.  
ENSUITE, ENCERCLEZ LA COLONNE QUI CONTIENT LA VALEUR DE LA TENSION ARTÉRIELLE DIASTOLIQUE ENREGISTRÉE DANS 238D

LA VALEUR DANS LA CELLULE OÙ LA LIGNE ET LA COLONNE SE REJOIGNENT SERA UTILISÉE POUR COMPLÉTER

TENSION SYSTOLIQUE MOYENNE	TENSION DIASTOLIQUE MOYENNE					
	< 85	85 - 89	90 - 99	100 - 109	110 - 119	> = 120
< 130	1	2	3	4	5	6
130 - 139	2	2	3	4	5	6
140 - 159	3	3	3	4	5	6
160 - 179	4	4	4	4	5	6
180 - 209	5	5	5	5	5	6
> = 210	6	6	6	6	6	6

240 ENTOUREZ LA VALEUR DE 239 DANS LE TABLEAU CI-DESSOUS. ENTOUREZ LA MÊME VALEUR DANS LE FORMULAIRE DE RAPPORT SUR LA TENSION ARTÉRIELLE. LISEZ À HAUTE VOIX À L'ENQUÊTÉ(E) LES INSTRUCTIONS DU FORMULAIRE DE RAPPORT À DROITE DE CE NUMÉRO, PUIS DONNEZ LE FORMULAIRE À L'ENQUÊTÉ(E) ET RÉPONDEZ À SES QUESTIONS ÉVENTUELLES.

VALEUR DE 239:	LA CATÉGORIE DE PRESSION ARTÉRIELLE DU RÉPONDANT :	CONSULTER UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ POUR VÉRIFIER LA PRESSION ARTÉRIELLE DANS:
1	FOURCHETTE ACCEPTABLE	12 MOIS
2	À L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DE LA FOURCHETTE ACCEPTABLE	1 MOIS
3	AU-DESSUS DE LA FOURCHETTE ACCEPTABLE	UNE SEMAINE
4	MODÉRÉMENT HAUT	AUJOURD'HUI
5	HAUT	AUJOURD'HUI
6	TRÈS HAUT	MAINTENANT

241 VÉRIFIEZ SI L'ENQUÊTÉ(E) A REÇU LE FORMULAIRE DE RAPPORT SUR LA TENSION ARTÉRIELLE AVEC LES RÉSULTATS ÉCRITS

FORMULAIRE DE RAPPORT REÇU .....	1
NON REÇU .....	2

242 VÉRIFIEZ 203 :

AGÉE DE 15-17 ANS  AGÉE DE 18-49 ANS  → 244

243 VÉRIFIEZ 204 :

AUTRE  REPONSE 1 (JAMAIS EN UNION)  → 255D

CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE ADULTE POUR LE TEST DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE

244 DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE:

Dans cette enquête, nous demandons aux gens dans tout le pays de participer aux test de l'hémoglobine glyquée. En outre, l'augmentation du taux de sucre dans le sang/hyperglycémie est un problème de santé sérieux qui peut affecter certaines personnes et provoquer l'atteinte de certains organes notamment les reins et les yeux. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le diabète.

Pour les tests de l'hémoglobine glyquée, nous avons besoin d'une goutte de sang d'un doigt. L'équipement qui sera utilisé pour ces tests est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après les tests. Le sang sera testé pour l'hémoglobine glyquée et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Le résultat est strictement confidentiel et ne sera transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.

Avez-vous des questions à me poser?  
Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.  
Voulez-vous participer au test de l'hémoglobine glyquée?

# 245 ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.

ACCORDÉ .....	1
REFUSÉ .....	2
ABSENT/AUTRE .....	3

246 SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI REALISE LA MESURE DU NIVEAU DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE.

(SIGNATURE)

NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR

MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES FEMMES DE 15-49 ANS		
<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE ADULTE POUR LE TEST D'ANÉMIE</b>		
247	<p><b>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE:</b>            Dans cette enquête, nous demandons aux gens dans tout le pays de participer aux tests d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'une infection ou d'une maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour les tests d'anémie, nous avons besoin d'une goutte de sang d'un doigt. L'équipement qui sera utilisé pour ces tests est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après les tests. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Le résultat est strictement confidentiels et ne sera transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser?            Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.            Voulez-vous participer au test d'anémie?</p>	
# 248A	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
248B	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI REALISE LA MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.	_____ (SIGNATURE)  [ ][ ][ ][ ] NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR
<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE ADULTE POUR LA COLLECTE DE DBS POUR LES TESTS VIH ET COVID-19</b>		
249	<p><b>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE DE DBS POUR LES TESTS VIH ET COVID-19:</b>            Dans cette enquête, nous demandons également aux gens dans tout le pays de donner du sang pour le test du VIH et de COVID 19. Le VIH est le virus qui cause le sida alors le COVID cause la maladie à corona virus. Le test du VIH et celui de COVID sont effectués dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH et la COVID 19. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le VIH et la COVID 19.</p> <p>Pour ces tests, nous avons besoin des gouttes de sang d'un doigt et on utilise pour cela un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrons donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître les résultats des tests. Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH et la COVID 19, je peux vous fournir la liste des centres (les plus proches) qui offrent des services de test et de conseils pour ces maladies.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?            Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.            Voulez-vous donner du sang pour les tests du VIH et de COVID?</p>	
# 250A	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	<b>TEST VIH</b> ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
# 250B	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	<b>TEST COVID-19</b> ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
251	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI PRELEVE LE DBS.	_____ (SIGNATURE)  [ ][ ][ ][ ] NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR
251B	AU MOINS UN VÉRIFIEZ 250A OU 250B: CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> LES DEUX CONSENTEMENT REFUSÉS <input type="checkbox"/> ACCORDE <input type="checkbox"/>	→ 255A
<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE ADULTE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES</b>		
252	<p><b>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES:</b>            Nous vous demandons d'autoriser LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués. L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre de vous identifier. Vous n'êtes pas obligée d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, vous pouvez quand même participer aux autres tests réalisés dans le cadre de cette enquête.</p> <p>Est-ce-que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des recherches ou tests supplémentaires ?</p>	
# 253	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3

MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES FEMMES DE 15-49 ANS			
254	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI PRELEVE LE DBS.	_____ (SIGNATURE) _____ NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR	
<b>CONSETEMENT DE L'ENQUÊTÉE ADULTE POUR LE TEST RAPIDE DU VIH</b>			
255A	<p>DEMANDER LE CONSENTEMENT POUR UN DÉPISTAGE RAPIDE DU VIH :</p> <p>Si vous voulez connaître votre statut sérologique dès maintenant, nous pouvons faire un test rapide et vous donner le résultat. Le test est gratuit et nous offrirons des conseils avant et après le test.</p> <p>Pour le test rapide du VIH, nous avons besoin de quelques gouttes (de plus) de sang d'un doigt. Nous utiliserons les mêmes tests rapides utilisés dans les hôpitaux de République Démocratique Du Congo. Le matériel utilisé pour prélever le sang est propre et totalement sûr. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le résultat du test sera disponible dans 20 à 30 minutes.</p> <p>Si le test est positif, je vous remettrai un formulaire de référence pour vous rendre au centre de santé le plus proche pour un suivi avec le personnel médical, comme le recommande le ministère de la Santé.</p> <p>Avez-vous des questions?            Vous pouvez dire oui ou non. C'est à vous de décider.            Allez-vous donner du sang pour le dépistage rapide du VIH ?</p>		
255B	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3	
255C	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI A FAIT LE TEST RAPIDE DU VIH.	_____ (SIGNATURE) _____ NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR	→ 279
255D	INSCRIVEZ LE NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENQUÊTÉE MINEURE.	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE .....	
<b>CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE</b>			
256	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE :</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test de l'hémoglobine glyquée. En outre, l'augmentation du taux de sucre dans le sang/hyperglycémie est un problème de santé sérieux qui peut affecter certaines personnes et provoquer l'atteinte de certains organes notamment les reins et les yeux. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le diabète.</p> <p>Pour le test de l'hémoglobine glyquée, nous avons besoin d'une goutte de sang d'un doigt. L'équipement qui sera utilisé pour ce test est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après le test. Le sang sera testé pour l'hémoglobine glyquée immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM DE LA MINEURE) tout de suite. Le résultat est strictement confidentiel et ne sera transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser?            Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.            Autorisez-vous (NOM DE LA MINEURE) à participer aux test de l'hémoglobine glyquée?</p>		
257	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 PARENT/ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ . 2 ABSENTE/AUTRE ..... 3	
258	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI REALISE LA MESURE DU NIVEAU DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE.	_____ (SIGNATURE) _____ NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR	
259	VÉRIFIEZ 257:      CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> ACCORDÉ ↓      CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> REFUSÉ		→ 263



MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES FEMMES DE 15-49 ANS		
264F	SIGNÉZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI REALISE LA MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.	_____ (SIGNATURE)  <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR
<b>CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LA COLLECTE DE DBS POUR LES TESTS VIH ET COVID-19</b>		
265	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LA COLLECTE DE DBS:</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons également aux gens dans tout le pays de donner du sang pour les tests du VIH et de COVID 19. Le VIH est le virus qui cause le sida alors le COVID cause la maladie à corona virus. Le test du VIH et celui de COVID sont effectués dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH et la COVID 19. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le VIH et la COVID 19.</p> <p>Pour ces tests, nous avons besoin de quelques gouttes de sang d'un doigt et on utilise pour cela un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrons donc pas vous donner les résultats des tests. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat des tests de (NOM DE LA PERSONNE MINEURE). Si (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) veut savoir si elle a, ou non, le VIH et la COVID 19, je peux vous fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH et la COVID 19.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?            Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.            Autorisez-vous (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) à donner du sang pour les tests du VIH et de COVID 19?</p>	
# 266A	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	<b>TEST DU VIH</b> ACCORDÉ ..... 1 PARENT/ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ . 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
# 266B	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	<b>TEST DE COVID-19</b> ACCORDÉ ..... 1 PARENT/ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ . 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
267	SIGNÉZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI PRELEVE LE DBS.	_____ (SIGNATURE)  <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR
268	VÉRIFIEZ 266A ET 266B:                AU MOINS UN CONSENTEMENT ACCORDÉ <input type="checkbox"/> LES DEUX CONSENTEMENT REFUSÉS <input type="checkbox"/>	→ 278A
<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LA COLLECTE DE DBS POUR LES TESTS VIH ET COVID-19</b>		
269	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LA COLLECTE DE DBS :</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons également aux gens dans tout le pays de donner du sang pour les tests du VIH et de COVID 19. Le VIH est le virus qui cause le sida alors le COVID cause la maladie à corona virus. Le test du VIH et celui de COVID sont effectués dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH et la COVID 19. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le VIH et la COVID 19.</p> <p>Pour ces tests, nous avons besoin de quelques gouttes de sang d'un doigt et on utilise pour cela un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrons donc pas vous donner les résultats des tests. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître les résultats des tests. Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH et la COVID 19, je peux vous fournir la liste des centres (les plus proches) qui offrent des services de test et de conseils pour ces maladies.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?            Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.            Voulez-vous donner du sang pour les tests du VIH et de COVID?</p>	
270A	VÉRIFIEZ 266A:                CONSENTEMENT ACCORDÉ <input type="checkbox"/> CONSENTEMENT REFUSÉ <input type="checkbox"/>	→ 270C
# 270B	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	<b>TEST DU VIH</b> ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
270C	VÉRIFIEZ 266B:                CONSENTEMENT ACCORDÉ <input type="checkbox"/> CONSENTEMENT REFUSÉ <input type="checkbox"/>	→ 271

MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES FEMMES DE 15-49 ANS			
# 270D	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	<b>TEST DE COVID-19</b> ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3	
271	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI PRELEVE LE DBS.	_____ (SIGNATURE) <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR	
271A	VÉRIFIEZ 270B ET 270D:	AU MOINS UN CONSENTEMENT ACCORDÉ <input type="checkbox"/>	LES DEUX CONSENTEMENT REFUSÉS <input type="checkbox"/> → 278A
<b>CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES</b>			
272	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES : Nous vous demandons d'autoriser le MINISTÈRE DE LA SANTÉ à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués.  L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre d'identifier (NOM DE LA PERSONNE MINEURE). Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) peut quand même participer aux autres tests réalisés dans le cadre de cette enquête.  Est-ce-que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des tests supplémentaires ?		
273	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 PARENT/ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ . 2 ABSENT/AUTRE ..... 3	
274	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI PRELEVE LE DBS.	_____ (SIGNATURE) <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR	
275	VÉRIFIEZ 273:	CONSENTEMENT ACCORDÉ <input type="checkbox"/>	CONSENTEMENT REFUSÉ <input type="checkbox"/> → 278A
<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES</b>			
276	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES : Nous vous demandons d'autoriser le MINISTÈRE DE LA SANTÉ à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués.  L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre de vous identifier. Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, vous pouvez quand même participer aux autres tests réalisés dans le cadre de cette enquête.  Est-ce-que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des tests supplémentaires ?		
277	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ..... 2 ABSENTE/AUTRE..... 3	
278	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI PRELEVE LE DBS.	_____ (SIGNATURE) <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR	

MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES FEMMES DE 15-49 ANS		
<b>CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST RAPIDE DU VIH</b>		
278A	<p>DEMANDER LE CONSENTEMENT AU TEST RAPIDE DU VIH AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE :</p> <p>Si vous voulez que (NOM DE LA MINEURE) connaisse son statut sérologique dès maintenant, nous pouvons faire un test rapide et lui donner le résultat. Le test est gratuit et nous offrirons des conseils avant et après le test.</p> <p>Pour le test rapide du VIH, nous avons besoin de quelques gouttes (de plus) de sang d'un doigt. Nous utiliserons les mêmes tests rapides utilisés dans les hôpitaux de la RDC. Le matériel utilisé pour prélever le sang est propre et totalement sûr. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le résultat du test sera disponible pour (NOM DE LA MINEURE) 20-30 minutes.</p> <p>Si le test est positif, je donnerai à (NOM DE LA MINEURE) un formulaire de référence pour qu'il se rende à l'établissement de santé le plus proche pour un suivi avec des techniciens de santé, comme recommandé par le ministère de la Santé.</p> <p>Avez-vous des questions?            Vous pouvez dire oui au test, ou vous pouvez dire non. C'est à vous de décider.            Autorisez-vous (NOM DE LA MINEURE) à donner du sang pour le test rapide du VIH ?</p>	
278B	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 PARENT/ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ . 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
278C	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI A FAIT LE TEST RAPIDE DU VIH	_____ (SIGNATURE)  <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR
278D	VÉRIFIEZ 278B :	CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> ACCORDÉ      CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> REFUSÉ <span style="float: right;">→ 279</span>
<b>ACCORD DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST RAPIDE DU VIH</b>		
278E	<p>DEMANDER L'ACCORD POUR UN DÉPISTAGE RAPIDE DU VIH À UN MINEUR :</p> <p>Si vous voulez connaître votre statut sérologique dès maintenant, nous pouvons faire un test rapide et vous donner le résultat. Le test est gratuit et nous offrirons des conseils avant et après le test.</p> <p>Pour le test rapide du VIH, nous avons besoin de quelques gouttes (de plus) de sang d'un doigt. Nous utiliserons les mêmes tests rapides utilisés dans les hôpitaux de la RDC. Le matériel utilisé pour prélever le sang est propre et totalement sûr. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le résultat du test sera disponible dans 20 à 30 minutes.</p> <p>Si le test est positif, je vous remettrai un formulaire de référence pour vous rendre au centre de santé le plus proche pour un suivi avec le personnel médical, comme le recommande le ministère de la Santé.</p> <p>Avez-vous des questions?            Vous pouvez dire oui ou non. C'est à vous de décider.</p>	
278F	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
278G	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI A FAIT LE TEST RAPIDE DU VIH	_____ (SIGNATURE)  <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR
279	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.	
279A	PLACEZ ÉTIQUETTE CODE BARRE.	<div style="border: 2px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">             COLLEZ LA 1<sup>re</sup> ÉTIQUETTE              CODE BARRE.           </div> COLLEZ LA 2 <sup>ème</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION ET LA 3 <sup>ème</sup> SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE  ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996



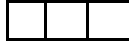
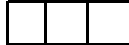
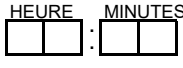


MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES FEMMES DE 15-49 ANS		
279B	SI LE RÉPONDANT ADULTE, VÉRIFIER 253 ; SI RÉPONDANT MINEUR, VÉRIFIER 273 ET 277	SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ ACCORDÉ, ÉCRIVEZ "NAT" SUR LE PAPIER FILTRE
280	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE D'ANTHROPOMETRIE, D'ANÉMIE ET DE GLYCEMIE .	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996
281	INSCRIVEZ LE POURCENTAGE DE LA PROTEINE GLYQUEE ICI ET DANS LA BROCHURE D'ANTHROPOMETRIE, D'ANÉMIE ET DE GLYCEMIE .	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> % ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996
282	VÉRIFIEZ 280 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS 8.0 G/DL, ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2 ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996
283	<b>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</b> Le test pour le diagnostic d'anémie montre que vous avez une anémie sévère. Vous êtes très malade et vous devez vous rendre immédiatement dans un établissement de soins. ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE POUR L'ANÉMIE SÉVÈRE.	
284	VÉRIFIEZ 281 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE	AU-DESSUS 6.5 %, HYPERGLYCEMIE ..... 1 6.5% OU MOINS ..... 2 ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996
285	<b>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR HYERGLYCEMIE.</b> Le test pour le diagnostic de diabète montre que vous avez un taux élevé de sucre dans le sang. Vous devez vous rendre immédiatement dans un établissement de soins. ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU TEST DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE POUR HYPERGLYCEMIE.	
286	ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU DETERMINE DU VIH ICI.	POSITIF ..... 1 NÉGATIF ..... 2 ABSENTE ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6
287A	ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU STAT PAK DU VIH ICI.	POSITIF ..... 1 NÉGATIF ..... 2 ABSENTE ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6
287B	ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU UNI GOLD DU VIH ICI.	POSITIF ..... 1 NÉGATIF ..... 2 ABSENTE ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6
288	ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU DETERMINE DU VIH ICI.	POSITIF ..... 1 NÉGATIF ..... 2 ABSENTE ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 6
289	LE RÉPONDANT EST POSITIF:  INFORMER LE RÉPONDANT DE SON STATUT DU VIH ET LUI FOURNIR LES CONSEILS APRÈS LE TEST. DANS LE CADRE DE CONSEILS APRÈS LE TEST, FOURNIR UNE RÉFÉRENCE À L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ LE PLUS PROCHE OÙ DES SERVICES DE SOINS ET DE TRAITEMENT DU VIH QUI SONT DISPONIBLES	

MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES FEMMES DE 15-49 ANS		
290	LE RÉPONDANT EST NEGATIF: INFORMER LE RÉPONDANT DU RÉSULTAT DU TEST ET LUI FOURNIR LES CONSEILS APRÈS LE TEST.	→293
291	LE RÉSULTAT DU VIH DU RÉPONDANT EST INDÉTERMINÉ: INFORMER LE RÉPONDANT DU RÉSULTAT DU TEST ET LUI FOURNIR LES CONSEILS APRÈS LE TEST. DANS LE CADRE DE CONSEILS APRÈS LE TEST, RECOMMANDER QUE LE RÉPONDANT SOIT RETESTÉ DANS 14 JOURS ET FOURNIR UNE RÉFÉRENCE À CENTRE DE SANTÉ LE PLUS PROCHE OÙ LE DÉPISTAGE DU VIH PEUT ÊTRE EFFECTUÉ.	→293
292	IL N'EST PAS POSSIBLE DE COMPLÉTER L'ALGORITHME DE DÉPISTAGE DU VIH DU RÉPONDANT : INFORMER LE RÉPONDANT QU'UN RÉSULTAT NE PEUT PAS ÊTRE DONNÉ CAR LE TEST N'A PAS ÉTÉ TERMINÉ ET LUI FOURNIR LES CONSEILS APRÈS LE TEST. DANS LE CADRE DU CONSEIL APRÈS LE TEST, RECOMMANDER AU RÉPONDANT DE SE RENDRE DANS UN CENTRE DE SANTÉ LE PLUS PROCHE POUR EFFECTUER LE SUIVI DU DÉPISTAGE DU VIH AFIN	
293	LORS DU TEST SUR LE RÉPONDANT, EXISTAIT-IL UN TDR INVALIDE/QUI N'A PAS FONCTIONNER, C'EST-À-DIRE QUE LA BANDE DE CONTRÔLE N'EST PAS APPARUE?	TDR RÉALISÉ, AU MOINS UN TEST INVALIDE ..... 1 TDR RÉALISÉ, AUCUN INVALIDE. 2 AUCUN TDR EFFECTUÉ..... 3
294	ENREGISTREZ LE NOMBRE DE RÉSULTATS INVALIDES EN UTILISANT DETERMINE	ZERO ..... 0 NOMBRE DE RÉSULTATS INVALIDES ..... <input type="text"/>
295	VÉRIFIEZ 287A: STAT PAK EFFECTUÉ <input type="checkbox"/> STAT PAK PAS EFFECTUÉ <input type="checkbox"/>	→ 299
296	ENREGISTREZ LE NOMBRE DE RÉSULTATS INVALIDES EN UTILISANT STAT PAK	ZERO ..... 0 NOMBRE DE RÉSULTATS INVALIDES ..... <input type="text"/>
297	VÉRIFIEZ 287B: UNI GOLD EFFECTUÉ <input type="checkbox"/> UNI GOLD PAS EFFECTUÉ <input type="checkbox"/>	→ 299
298	ENREGISTREZ LE NOMBRE DE RÉSULTATS INVALIDES EN UTILISANT UNI GOLD	ZERO ..... 0 NOMBRE DE RÉSULTATS INVALIDES ..... <input type="text"/>
299	S' IL Y A UNE AUTRE FEMME, ALLEZ À 202 À LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS DE FEMMES, ALLEZ À 301.	

**MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES HOMMES DE 15-59 ANS**

301	VÉRIFIEZ LA "LISTE DES INDIVIDUS/BIOMARQUEURS ÉLIGIBLES" FOURNIE PAR CAPI [COLONNE 10 DU TABLEAU MÉNAGE]. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÂGE ET LE STATUT MATRIMONIAL DE TOUS LES HOMMES ÉLIGIBLES À 302, 303 ET 304 SUR CETTE PAGE ET SUR LES PAGES SUIVANTES EN COMMENÇANT PAR LE PREMIER INSCRIT. SI IL Y A PLUS DE DEUX HOMMES, UTILISEZ UN(DES) QUESTIONNAIRE (S) SUPPLÉMENTAIRE (S).		
	HOMME 1		ALLEZ À
302	VÉRIFIER LE RÉSULTAT CAPI : ENREGISTRER LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'HOMME.  ENREGISTRER LE NOM DE LA FICHE MÉNAGE DANS CAPI ; ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA FICHE MÉNAGE DANS CAPI.	NOM _____  NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>	
303	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI POUR L'ÂGE: [VÉRIFIEZ LA COLONNE 7 DU TABLEAU MÉNAGE (ÂGE).]	15-17 ANS ..... 1 18-59 ANS ..... 2	
304	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI POUR L'ÉTAT CIVIL:	JAMAIS EN UNION/CODE 4 . . . 1 AUTRE ..... 2	
305	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996	→ 307
306	L'HOMME PORTAIT-IL UNIQUEMENT DES VÊTEMENTS LÉGERS?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
307	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	→ 309
308	LA MESURE ENREGISTRÉE A-T-ELLE ÉTÉ GÊNÉE PAR DES CHEVEUX TRESSÉS OU COIFFÉS ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
309	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR	
310	INSCRIVEZ NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR ASSISTANT SI PAS D'AGENT BIOMARQUEUR ASSISTANT, INSCRIRE 9999.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR	
311	DATE DU JOUR :	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ POUR LA MESURE DE LA TENSION ARTERIELLE</b>			
312	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LA MESURE DE LA TENSION ARTERIELLE: Pendant l'entretien, j'aimerais mesurer votre tension artérielle pour voir si vous souffrez d'hypertension. Si vous êtes d'accord, nous prendrons une mesure trois fois pendant l'entretien.</p> <p>Nous utiliserons un appareil numérique automatisé. La procédure est sans danger, mais vous pouvez ressentir une gêne lorsque le brassard de mesure serre votre bras. Si l'hypertension n'est pas traitée, elle peut éventuellement causer de graves dommages au cœur et aux vaisseaux sanguins du cerveau.</p> <p>Vous recevrez les résultats de la mesure de la pression artérielle à la fin de notre entretien, avec une explication des chiffres. Si votre tension artérielle est élevée, nous vous suggérons de consulter un établissement de santé ou un médecin car nous ne pouvons pas vous fournir d'autres tests ou traitements pendant l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions sur la mesure de la tension artérielle jusqu'à présent ? Si vous avez des questions sur la procédure à tout moment, n'hésitez pas à me les poser.</p> <p>Vous pouvez dire oui ou non à la mesure de votre tension artérielle. Vous pouvez également décider à tout moment de l'entretien de ne pas faire mesurer votre tension artérielle.</p> <p>Acceptez-vous de prendre votre mesure de tension artérielle à ce moment ?</p>		

**MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES HOMMES DE 15-59 ANS**

313	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3																					
314	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI PRENDRA LA TENSION ARTÉRIELLE	_____ (SIGNATURE)  NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR																					
315	VÉRIFIEZ 313:	ACCORDE <input type="checkbox"/> REFUSE/ABSENT/AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 342																				
318	Avant de prendre votre mesure, j'aimerais vous poser quelques questions sur les choses qui peuvent affecter la tension artérielle. Avez-vous fait l'une des choses suivantes au cours des 30 dernières minutes :" a) Mangé quelque chose ? b) Bu du café, du thé, du cola ou une autre boisson contenant de la caféine ? c) Fumé un produit de tabac? d) Praticqué une activité physique ou un exercice qui vous a fait respirer plus que d'habitude ?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">OUI</td> <td align="center">NON</td> <td align="center">NSP</td> </tr> <tr> <td>a) MANGÉ .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>b) CAFFEINE .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>c) FUMÉ .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>d) FAIT DE L'EXERCICE .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> </table>		OUI	NON	NSP	a) MANGÉ .....	1	2	8	b) CAFFEINE .....	1	2	8	c) FUMÉ .....	1	2	8	d) FAIT DE L'EXERCICE .....	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																				
a) MANGÉ .....	1	2	8																				
b) CAFFEINE .....	1	2	8																				
c) FUMÉ .....	1	2	8																				
d) FAIT DE L'EXERCICE .....	1	2	8																				
319 #	Nous allons maintenant mesurer votre tension artérielle. AVANT DE PRENDRE LA PREMIÈRE MESURE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE, MESUREZ LA CIRCONFÉRENCE DU BRAS DU RÉPONDANT À MI-DISTANCE ENTRE LE COUDE ET L'ÉPAULE. ENREGISTRER LA MESURE EN CENTIMETRES.	CIRCONFÉRENCE DU BRAS (EN CENTIMETRES) 																					
320	UTILISEZ LA MESURE DE LA CIRCONFÉRENCE DU BRAS POUR SÉLECTIONNER LA TAILLE DE BRASSARD APPROPRIÉE.	PETIT: 17 CM – 22 CM ..... 1 GRAND: 22 CM – 42 CM ..... 2 TRES GRAND: > 42 CM ..... 3																					
321	EFFECTUEZ LA PREMIÈRE MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE.  ENREGISTRER LA TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE.  SI VOUS N'ÊTES PAS EN MESURE DE MESURER LA TENSION ARTÉRIELLE DU RÉPONDANT, ENREGISTREZ LA RAISON.	<b>MESURES DE LA TENSION ARTÉRIELLE</b> SYSTOLIQUE .....  DIASTOLIQUE .....  PROBLÈMES TECHNIQUE: ..... 995 AUTRE ..... 996 REFUS ..... 997	→ 342																				
326	METTEZ LE CHRONO EN MARCHÉ POUR TROIS MINUTES ET ATTENDEZ QU'AU MOINS TROIS MINUTES SE SONT ECOULES																						
326A	Puis-je prendre votre tension aletrielle pour la deuxième fois?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 337																				
326B	ENREGISTREZ L'HEURE	HEURE    MINUTES 																					
327	EFFECTUEZ LA DEUXIÈME MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE.  ENREGISTRER LA TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE.  SI VOUS N'ÊTES PAS EN MESURE DE MESURER LA TENSION ARTÉRIELLE DU RÉPONDANT, ENREGISTREZ LA RAISON.	<b>MESURES DE LA TENSION ARTÉRIELLE</b> SYSTOLIQUE .....  DIASTOLIQUE .....  PROBLÈMES TECHNIQUES ... 995 AUTRE ..... 996 REFUS ..... 997	→ 337																				
335	METTEZ LE CHRONO EN MARCHÉ POUR TROIS MINUTES ET ATTENDEZ QU'AU MOINS TROIS MINUTES SE SONT ECOULES																						

**MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES HOMMES DE 15-59 ANS**

336A	Puis-je prendre votre tension artérielle pour la troisième fois?	OUI ..... 1 NON..... 2	→ 337
336B	ENREGISTREZ L'HEURE	HEURE MINUTES □□ : □□	
336	<b>EFFECTUEZ LA TROISIEME MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE.</b>  ENREGISTRER LA TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE.  SI VOUS N'ÊTES PAS EN MESURE DE MESURER LA TENSION ARTÉRIELLE DU RÉPONDANT, ENREGISTREZ LA RAISON.	<b>MESURES DE LA TENSION ARTÉRIELLE</b>  SYSTOLIQUE ..... □□□  DIASTOLIQUE ..... □□□  PROBLÈMES TECHNIQUES ... 995 AUTRE ..... 996 REFUS ..... 997	
337	ENREGISTRER ET CALCULER LA MOYENNE DE LA TENSION SYSTOLIQUE ET LA MOYENNE DE LA TENSION ARTÉRIELLE DIASTOLIQUE DE 327 ET 336 :	TENSIONS ARTÉRIELLES SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES EN 327 ET 336 □ ↓	TENSIONS ARTÉRIELLES SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉES EN 327 ET/OU 336 □ → 338A
337A	TENSION ARTÉRIELLE DE 327 :	SYSTOLIQUE □□□	DIASTOLIQUE □□□
337B	TENSION ARTÉRIELLE DE 336:	SYSTOLIQUE □□□	DIASTOLIQUE □□□
337C	ENREGISTREZ LA SOMME DES MESURES SYSTOLIQUES ET DIASTOLIQUES.	<b>SOMME SYSTOLIQUE</b> □□□	<b>SOMME DIASTOLIQUE</b> □□□
337D	CALCULEZ LA TENSION ARTÉRIELLE MOYENNE SYSTOLIQUE ET TENSION MOYENNE DIASTOLIQUE EN DIVISANT CHACUNE DES SOMMES DANS 337C PAR 2.	<b>MOYENNE SYSTOLIQUE</b> □□□	<b>MOYENNE DIASTOLIQUE</b> □□□ → 338D
338A	VÉRIFIEZ 336:	TENSIONS ARTÉRIELLES SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉES DANS 336 □ ↓	TENSIONS ARTÉRIELLES SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES DANS 336 □ → 338D
338B	VÉRIFIEZ 327:	TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉES DANS 327 □ ↓	TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES DANS 327 □ → 338D
338C	VÉRIFIEZ 321:	TENSIONS ARTÉRIELLES SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES DANS 321 □ ↓	TENSIONS ARTÉRIELLES SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE <b>NON</b> ENREGISTRÉES DANS 321 □ → 341
338D	ENREGISTREZ LA TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE.	SYSTOLIQUE □□□	DIASTOLIQUE □□□

**MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES HOMMES DE 15-59 ANS**

339

UTILISEZ LE TABLEAU POUR DÉTERMINER LA VALEUR CORRECTE À INSCRIRE SUR LE RAPPORT DE TENSION ARTÉRIELLE ET LE FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE :

ENTOUREZ LA LIGNE QUI COMPREND LA VALEUR DE LA TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ENREGISTRÉE DANS 338D.

ENSUITE, ENCERCLEZ LA COLONNE QUI CONTIENT LA VALEUR DE LA TENSION ARTÉRIELLE DIASTOLIQUE ENREGISTRÉE DANS 338D

LA VALEUR DANS LA CELLULE OÙ LA LIGNE ET LA COLONNE SE REJOIGNENT SERA UTILISÉE POUR COMPLÉTER 340.

TENSION SYSTOLIQUE MOYENNE	TENSION DIASTOLIQUE MOYENNE					
	< 85	85 - 89	90 - 99	100 - 109	110 - 119	> = 120
< 130	1	2	3	4	5	6
130 - 139	2	2	3	4	5	6
140 - 159	3	3	3	4	5	6
160 - 179	4	4	4	4	5	6
180 - 209	5	5	5	5	5	6
> = 210	6	6	6	6	6	6

340

ENTOUREZ LA VALEUR DE 339 DANS LE TABLEAU CI-DESSOUS. ENTOUREZ LA MÊME VALEUR DANS LE FORMULAIRE DE RAPPORT SUR LA TENSION ARTÉRIELLE. LISEZ À HAUTE VOIX À L'ENQUÊTÉ(E) LES INSTRUCTIONS DU FORMULAIRE DE RAPPORT À DROITE DE CE NUMÉRO, PUIS DONNEZ LE FORMULAIRE À L'ENQUÊTÉ ET RÉPONDEZ À SES QUESTIONS ÉVENTUELLES.

VALEUR DE 239:	LA CATÉGORIE DE PRESSION ARTÉRIELLE DU RÉPONDANT :	CONSULTER UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ POUR VÉRIFIER LA PRESSION ARTÉRIELLE DANS:
<b>1</b>	<b>FOURCHETTE ACCEPTABLE</b>	<b>12 MOIS</b>
<b>2</b>	<b>À L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DE LA FOURCHETTE ACCEPTABLE</b>	<b>1 MOIS</b>
<b>3</b>	<b>AU-DESSUS DE LA FOURCHETTE ACCEPTABLE</b>	<b>UNE SEMAINE</b>
<b>4</b>	<b>MODÉRÉMENT HAUT</b>	<b>AUJOUR'DHUI</b>
<b>5</b>	<b>HAUT</b>	<b>AUJOUR'DHUI</b>
<b>6</b>	<b>TRÈS HAUT</b>	<b>MAINTENANT</b>

341

VÉRIFIEZ SI L'ENQUÊTÉ A REÇU LE FORMULAIRE DE RAPPORT SUR LA TENSION ARTÉRIELLE AVEC LES RÉSULTATS ÉCRITS

FORMULAIRE DE RAPPORT  
REÇU ..... 1  
NON REÇU..... 2

342

VÉRIFIEZ 303 :

AGÉ DE 15-17 ANS

AGÉ DE 18-59 ANS

→ 344

343

VÉRIFIEZ 304 :

AUTRE

CODE 4 (JAMAIS EN UNION)

→ 355

**CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ ADULTE POUR LE TEST DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE**

344

DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE GLYCÉMIE:

Dans cette enquête, nous demandons aux gens dans tout le pays de participer aux test de glycémie. En outre, l'augmentation du taux de sucre dans le sang/hyperglycémie est un problème de santé sérieux qui peut affecter certaines personnes et provoquer l'atteinte de certains organes notamment les reins et les yeux. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le diabète.

Pour les tests de glycémie, nous avons besoin d'une goutte de sang d'un doigt. L'équipement qui sera utilisé pour ces tests est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après les tests. Le sang sera testé pour la glycémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Le résultat est strictement confidentiels et ne sera transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.

Avez-vous des questions à me poser?  
Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.  
Voulez-vous participer au test de diabète?

# 345

ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.

ACCORDÉ ..... 1  
REFUSÉ ..... 2  
ABSENT/AUTRE ..... 3

**MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES HOMMES DE 15-59 ANS**



346	SIGNÉZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI REALISE LA MESURE DU NIVEAU DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE.	<p align="center">_____ (SIGNATURE)</p> <p align="center"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p> <p align="center">NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR</p>	
<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ ADULTE POUR LA COLLECTE DE DBS POUR LES TESTS COVID 19 ET VIH</b>			
349	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE DE DBS POUR LES TESTS COVID 19 ET VIH:</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons également aux gens dans tout le pays de donner du sang pour le test du VIH et de COVID 19. Le VIH est le virus qui cause le sida alors le COVID cause la maladie à corona virus. Le test du VIH et celui de COVID sont effectués dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH et la COVID 19. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le VIH et la COVID 19.</p> <p>Pour ces tests, nous avons besoin des gouttes de sang d'un doigt et on utilise pour cela un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrons donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître les résultats des tests. Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH et la COVID 19, je peux vous fournir la liste des centres (les plus proches) qui offrent des services de test et de conseils pour ces maladies.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.</p>		
# 350A	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	<p align="center"><b>HIV TESTING</b></p> <p>ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3</p>	
# 350B	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	<p align="center"><b>COVID-19 TESTING</b></p> <p>ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3</p>	
351	SIGNÉZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI PRELEVE LE DBS.	<p align="center">_____ (SIGNATURE)</p> <p align="center"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p> <p align="center">NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR</p>	
351B	<p>VÉRIFIEZ 350A OU 350B:      AU MOINS UN CONSENTEMENT ACCORDE <input type="checkbox"/>      LES DEUX CONSENTEMENT REFUSES <input type="checkbox"/></p>		→354A
<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ ADULTE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES</b>			
352	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES:</p> <p>Nous vous demandons d'autoriser LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre de vous identifier. Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, vous pouvez quand même participer aux autres tests réalisés dans le cadre de cette enquête.</p> <p>Est-ce-que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des recherches ou tests supplémentaires ?</p>		
# 353A	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	<p>ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3</p>	
353B	SIGNÉZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI PRELEVE LE DBS.	<p align="center">_____ (SIGNATURE)</p> <p align="center"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p> <p align="center">NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR</p>	

**MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES HOMMES DE 15-59 ANS**

<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ ADULTE POUR LE TEST RAPIDE DU VIH</b>		
354A	<p>DEMANDER LE CONSENTEMENT POUR UN DÉPISTAGE RAPIDE DU VIH :</p> <p>Si vous voulez connaître votre statut sérologique dès maintenant, nous pouvons faire un test rapide et vous donner le résultat. Le test est gratuit et nous offrons des conseils avant et après le test.</p> <p>Pour le test rapide du VIH, nous avons besoin de quelques gouttes (de plus) de sang d'un doigt. Nous utiliserons les mêmes tests rapides utilisés dans les hôpitaux de [PAYS]. Le matériel utilisé pour prélever le sang est propre et totalement sûr. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le résultat du test sera disponible dans 20 à 30 minutes.</p> <p>Si le test est positif, je vous remettrai un formulaire de référence pour vous rendre au centre de santé le plus proche pour un suivi avec le personnel médical, comme le recommande le ministère de la Santé.</p> <p>Avez-vous des questions?            Vous pouvez dire oui ou non. C'est à vous de décider.            Allez-vous donner du sang pour le dépistage rapide du VIH ?</p>	
354B	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
354C	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI A FAIT LE TEST RAPIDE DU VIH.	_____ (SIGNATURE) → 379 [ ][ ][ ][ ] NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR
355	INSCRIVEZ LE NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENQUÊTÉ MINEUR.	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... [ ]
<b>CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE</b>		
356	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE :</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test de l'hémoglobine glyquée. En outre, l'augmentation du taux de sucre dans le sang/hyperglycémie est un problème de santé sérieux qui peut affecter certaines personnes et provoquer l'atteinte de certains organes notamment les reins et les yeux. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le diabète.</p> <p>Pour le test de l'hémoglobine glyquée, nous avons besoin d'une goutte de sang d'un doigt. L'équipement qui sera utilisé pour ce test est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après le test. Le sang sera testé pour l'hémoglobine glyquée immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM DU MINEUR) tout de suite. Le résultat est strictement confidentiel et ne sera transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser?            Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.            Autorisez-vous (NOM DU MINEUR) à participer aux test de l'hémoglobine glyquée?</p>	
357	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 PARENT/ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ .. 2 ABSENTE/AUTRE ..... 3
358	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI REALISE LA MESURE DU NIVEAU DE GLYCEMIE.	_____ (SIGNATURE) [ ][ ][ ][ ] NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR
359	VÉRIFIEZ 357:	CONSENTEMENT ACCORDÉ <input type="checkbox"/> CONSENTEMENT REFUSÉ <input type="checkbox"/> → 365

**MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES HOMMES DE 15-59 ANS**

**CONSETEMENT DE L'ENQUÊTÉ MINEUR POUR LE TEST DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE**

360	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ MINEUR POUR LE TEST DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE :</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test de l'hémoglobine glyquée. En outre, l'augmentation du taux de sucre dans le sang/hyperglycémie est un problème de santé sérieux qui peut affecter certaines personnes et provoquer l'atteinte de certains organes notamment les reins et les yeux. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le diabète.</p> <p>Pour le test de l'hémoglobine glyquée, nous avons besoin d'une goutte de sang d'un doigt. L'équipement qui sera utilisé pour ces tests est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après le test. Le sang sera testé pour l'hémoglobine glyquée immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE) tout de suite. Le résultat est strictement confidentiel et ne sera transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser?          Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.          Voulez-vous participer au test de l'hémoglobine glyquée?</p>		
361	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ ..... 2 ABSENTE/AUTRE ..... 3	
362	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI REALISE LA MESURE DU NIVEAU DE GLYCEMIE.	_____ (SIGNATURE)  NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR	
<b>CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LA COLLECTE DE DBS POUR LES TESTS VIH ET COVID-19</b>			
365	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LA COLLECTE DE DBS:</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons également aux gens dans tout le pays de donner du sang pour les tests du VIH et de COVID 19. Le VIH est le virus qui cause le sida alors le COVID cause la maladie à corona virus. Le test du VIH et celui de COVID sont effectués dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH et la COVID 19. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le VIH et la COVID 19.</p> <p>Pour ces tests, nous avons besoin de quelques gouttes de sang d'un doigt et on utilise pour cela un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner les résultats des tests. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat des tests de (NOM DE LA PERSONNE MINEURE). Si (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) veut savoir si elle a, ou non, le VIH et la COVID 19, je peux vous fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH et la COVID 19.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?          Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.          Autorisez-vous (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) à donner du sang pour les tests du VIH et de COVID 19?</p>		
# 366A	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	<p align="center"><b>TEST DU VIH</b></p> ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3	
# 366B	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	<p align="center"><b>TEST DE COVID-19</b></p> ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3	
367	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI PRELEVE LE DBS.	_____ (SIGNATURE)  NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR	
368	VÉRIFIEZ 366A ET 366B:	AU MOINS UN CONSENTEMENT ACCORDÉ <input type="checkbox"/>	LES DEUX CONSENTEMENTS REFUSÉS <input type="checkbox"/> → 378A

**MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES HOMMES DE 15-59 ANS**

<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ MINEUR POUR LA COLLECTE DE DBS</b>		
369	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ MINEUR POUR LA COLLECTE DE DBS :</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons également aux gens dans tout le pays de donner du sang pour les tests du VIH et de COVID 19. Le VIH est le virus qui cause le sida alors le COVID cause la maladie à corona virus. Le test du VIH et celui de COVID sont effectués dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH et la COVID 19. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le VIH et la COVID 19.</p> <p>Pour ces tests, nous avons besoin de quelques gouttes de sang d'un doigt et on utilise pour cela un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrons donc pas vous donner les résultats des tests. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître les résultats des tests. Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH et la COVID 19, je peux vous fournir la liste des centres (les plus proches) qui offrent des services de test et de conseils pour ces maladies.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.</p>	
370A	<p>VÉRIFIEZ 366A:      CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> ACCORDÉ      CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> REFUSÉ</p>	→370C
# 370B	<p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p>	<p align="center"><b>TEST DU VIH</b></p> <p>ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3</p>
370C	<p>VÉRIFIEZ 366B:      CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> ACCORDÉ      CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> REFUSÉ</p>	→ 371
# 370D	<p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p>	<p align="center"><b>TEST DE COVID-19</b></p> <p>ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3</p>
371	<p>SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI PRELEVE LE DBS.</p>	<p align="center">_____ (SIGNATURE)</p> <p align="center">[ ][ ][ ][ ] NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR</p>
371A	<p>VÉRIFIEZ 370B ET 370D:      TOUT CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> ACCORDÉ      LES DEUX CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> REFUSES</p>	→378A
<b>CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES</b>		
372	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES :</p> <p>Nous vous demandons d'autoriser le MINISTÈRE DE LA SANTÉ à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre d'identifier (NOM DE LA PERSONNE MINEURE). Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) peut quand même participer aux autres tests réalisés dans le cadre de cette enquête.</p> <p>Est-ce-que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des tests supplémentaires ?</p>	
373	<p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p>	<p>ACCORDÉ ..... 1 PARENT/ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ . 2 ABSENT/AUTRE ..... 3</p>
374	<p>SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI PRELEVE LE DBS.</p>	<p align="center">_____ (SIGNATURE)</p> <p align="center">[ ][ ][ ][ ] NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR</p>
375	<p>VÉRIFIEZ 373:      CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> ACCORDÉ      CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> REFUSÉ</p>	→378A



**MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES HOMMES DE 15-59 ANS**

378G	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI A FAIT LE TEST RAPIDE DU VIH	<p align="center">_____ (SIGNATURE)</p> <p align="center"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                  NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR             </p>	
379	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.		
379A	PLACEZ ÉTIQUETTE CODE BARRE.	<p align="center">                 COLLEZ LA 1<sup>re</sup> ÉTIQUETTE                  CODE BARRE.             </p> <p align="center">                 COLLEZ LA 2<sup>ème</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA FICHE DE                  TRANSMISSION ET LA 3<sup>ème</sup> SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE             </p> <p align="right">                 ABSENT ..... 994                  REFUS ..... 995                  AUTRE ..... 996             </p>	
379B	SI LE RÉPONDANT ADULTE, VÉRIFIER 353A ; SI RÉPONDANT MINEUR, VÉRIFIER 373 ET 377	SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ ACCORDÉ, ÉCRIVEZ "NAT" SUR LE PAPIER FILTRE	
381	INSCRIVEZ LE POURCENTAGE DE LA PROTEINE GLYQUEE ICI ET DANS LA BROCHURE D'ANTHROPOMETRIE, D'ANÉMIE ET DE GLYCEMIE .	<p align="center"> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %             </p> <p align="right">                 ABSENTE ..... 994                  REFUS ..... 995                  AUTRE ..... 996             </p>	
384	VÉRIFIEZ 281 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE	AU-DESSUS 6.5 %, HYPERGLYCEMIE ..... 1 6.5% OU MOINS ..... 2 ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	} → 386
385	<b>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR HYERGLYCEMIE.</b> Le test pour le diagnostic de diabète montre que vous avez un taux élevé de sucre dans le sang. Vous devez vous rendre immédiatement dans un établissement de soins. ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU TEST DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE POUR HYPERGLYCEMIE.		
386	ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU DETERMINE DU VIH ICI.	POSITIF ..... 1 NÉGATIF ..... 2 PAS PRÉSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 5	} → 390 } → 399 } → 393
387A	ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU STAT PAK DU VIH ICI.	POSITIF ..... 1 NÉGATIF ..... 2 PAS PRÉSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 5	} → 388 } → 392
387B	ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU UNI GOLD DU VIH ICI.	POSITIF ..... 1 NÉGATIF ..... 2 PAS PRÉSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 5	} → 389 } → 391 } → 392
388	ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU DETERMINE DU VIH ICI.	POSITIF ..... 1 NÉGATIF ..... 2 PAS PRÉSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 5	} → 391 } → 390 } → 392





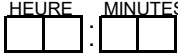


MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES HOMMES DE 15-59 ANS

389	LE RÉPONDANT EST POSITIF:  INFORMER LE RÉPONDANT DE SON STATUT DU VIH ET LUI FOURNIR LES CONSEILS APRÈS LE TEST. DANS LE CADRE DE CONSEILS APRÈS LE TEST, FOURNIR UNE RÉFÉRENCE À L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ LE PLUS PROCHE OÙ DES SERVICES DE SOINS ET DE TRAITEMENT DU VIH QUI SONT DISPONIBLES		→ 393
390	LE RÉPONDANT EST NEGATIF:  INFORMER LE RÉPONDANT DU RÉSULTAT DU TEST ET LUI FOURNIR LES CONSEILS APRÈS LE TEST.		→ 393
391	LE RÉSULTAT DU VIH DU RÉPONDANT EST INDÉTERMINÉ:  INFORMER LE RÉPONDANT DU RÉSULTAT DU TEST ET LUI FOURNIR LES CONSEILS APRÈS LE TEST. DANS LE CADRE DE CONSEILS APRÈS LE TEST, RECOMMANDER QUE LE RÉPONDANT SOIT RETESTÉ DANS 14 JOURS ET FOURNIR UNE RÉFÉRENCE À CENTRE DE SANTÉ LE PLUS PROCHE OÙ LE DÉPISTAGE DU VIH PEUT ÊTRE EFFECTUÉ.		→ 393
392	IL N'EST PAS POSSIBLE DE COMPLÉTER L'ALGORITHME DE DÉPISTAGE DU VIH DU RÉPONDANT :  INFORMER LE RÉPONDANT QU'UN RÉSULTAT NE PEUT PAS ÊTRE DONNÉ CAR LE TEST N'A PAS ÉTÉ TERMINÉ ET LUI FOURNIR LES CONSEILS APRÈS LE TEST. DANS LE CADRE DU CONSEIL APRÈS LE TEST, RECOMMANDER AU RÉPONDANT DE SE RENDRE DANS UN CENTRE DE SANTÉ LE PLUS PROCHE POUR EFFECTUER LE SUIVI DU DÉPISTAGE DU VIH AFIN DE		
393	LORS DU TEST SUR LE RÉPONDANT, EXISTAIT-IL UN TDR INVALIDE/QUI N'A PAS FONCTIONNER, C'EST-À-DIRE QUE LA BANDE DE CONTRÔLE N'EST PAS APPARUE?	TDR RÉALISÉ, AU MOINS UN TEST INVALIDE ..... 1 TDR RÉALISÉ, AUCUN INVALIDE . . . . . 2 AUCUN TDR EFFECTUÉ ..... 3	→ 399
394	ENREGISTREZ LE NOMBRE DE RÉSULTATS INVALIDES EN UTILISANT DETERMINE	ZERO ..... 0  NOMBRE DE RÉSULTATS INVALIDES ..... <input type="text"/>	
395	VÉRIFIEZ 387A:  STAT PAK EFFECTUÉ <input type="checkbox"/> STAT PAK PAS EFFECTUÉ <input type="checkbox"/>		→ 399
396	ENREGISTREZ LE NOMBRE DE RÉSULTATS INVALIDES EN UTILISANT STAT PAK	ZERO ..... 0  NOMBRE DE RÉSULTATS INVALIDES ..... <input type="text"/>	
397	VÉRIFIEZ 387B:  UNI GOLD EFFECTUÉ <input type="checkbox"/> UNI GOLD PAS EFFECTUÉ <input type="checkbox"/>		→ 399
398	ENREGISTREZ LE NOMBRE DE RÉSULTATS INVALIDES EN UTILISANT UNI GOLD	ZERO ..... 0  NOMBRE DE RÉSULTATS INVALIDES ..... <input type="text"/>	
399	S'IL Y A UN AUTRE HOMME, ALLEZ À 302 À LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS D'HOMMES, METTEZ FIN À L'INTERVIEW.		

MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES HOMMES DE 15-59 ANS

301	VÉRIFIEZ LA "LISTE DES INDIVIDUS/BIMARQUEURS ÉLIGIBLES" FOURNIE PAR CAPI [COLONNE 10 DU TABLEAU MÉNAGE]. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÂGE ET LE STATUT MATRIMONIAL DE TOUS LES HOMMES ÉLIGIBLES À 302, 303 ET 304 SUR CETTE PAGE ET SUR LES PAGES SUIVANTES EN COMMENÇANT PAR LE PREMIER INSCRIT. SI IL Y A PLUS DE DEUX HOMMES, UTILISEZ UN(DES) QUESTIONNAIRE (S) SUPPLÉMENTAIRE (S).		
	HOMME 2		ALLEZ À
302	VÉRIFIER LE RÉSULTAT CAPI : ENREGISTRER LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'HOMME.  ENREGISTRER LE NOM DE LA FICHE MÉNAGE DANS CAPI ; ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA FICHE MÉNAGE DANS CAPI.	NOM _____  NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>	
303	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI POUR L'ÂGE:  [VÉRIFIEZ LA COLONNE 7 DU TABLEAU MÉNAGE (ÂGE).]	15-17 ANS ..... 1 18-59 ANS ..... 2	
304	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI POUR L'ÉTAT CIVIL:	JAMAIS EN UNION/CODE 4 . . . 1 AUTRE ..... 2	
305	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 0  ABSENTE ..... 99994 REFUS ..... 99995 AUTRE ..... 99996	} → 307
306	L'HOMME PORTAIT-IL UNIQUEMENT DES VÊTEMENTS LÉGERS?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
307	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>  ABSENTE ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	} → 309
308	LA MESURE ENREGISTRÉE A-T-ELLE ÉTÉ GÊNÉE PAR DES CHEVEUX TRESSÉS OU COIFFÉS ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
309	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR	
310	INSCRIVEZ NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR ASSISTANT  SI PAS D'AGENT BIOMARQUEUR ASSISTANT, INSCRIRE 9999.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR	
311	DATE DU JOUR :	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ POUR LA MESURE DE LA TENSION ARTERIELLE</b>			
312	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LA MESURE DE LA TENSION ARTERIELLE: Pendant l'entretien, j'aimerais mesurer votre tension artérielle pour voir si vous souffrez d'hypertension. Si vous êtes d'accord, nous prendrons une mesure trois fois pendant l'entretien.</p> <p>Nous utiliserons un appareil numérique automatisé. La procédure est sans danger, mais vous pouvez ressentir une gêne lorsque le brassard de mesure serre votre bras. Si l'hypertension n'est pas traitée, elle peut éventuellement causer de graves dommages au cœur et aux vaisseaux sanguins du cerveau.</p> <p>Vous recevrez les résultats de la mesure de la pression artérielle à la fin de notre entretien, avec une explication des chiffres. Si votre tension artérielle est élevée, nous vous suggérons de consulter un établissement de santé ou un médecin car nous ne pouvons pas vous fournir d'autres tests ou traitements pendant l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions sur la mesure de la tension artérielle jusqu'à présent ? Si vous avez des questions sur la procédure à tout moment, n'hésitez pas à me les poser.</p> <p>Vous pouvez dire oui ou non à la mesure de votre tension artérielle. Vous pouvez également décider à tout moment de l'entretien de ne pas faire mesurer votre tension artérielle.</p> <p>Acceptez-vous de prendre votre mesure de tension artérielle à ce moment ?</p>		

**MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES HOMMES DE 15-59 ANS**

313	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3																					
314	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI PRENDRA LA TENSION ARTÉRIELLE	_____ (SIGNATURE)  NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR																					
315	VÉRIFIEZ 313:	ACCORDE <input type="checkbox"/> REFUSE/ABSENT/AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 342																				
318	Avant de prendre votre mesure, j'aimerais vous poser quelques questions sur les choses qui peuvent affecter la tension artérielle. Avez-vous fait l'une des choses suivantes au cours des 30 dernières minutes :" a) Mangé quelque chose ? b) Bu du café, du thé, du cola ou une autre boisson contenant de la caféine ? c) Fumé un produit de tabac? d) Pratiqué une activité physique ou un exercice qui vous a fait respirer plus que d'habitude ?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">OUI</td> <td align="center">NON</td> <td align="center">NSP</td> </tr> <tr> <td>a) MANGÉ .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>b) CAFFEINE .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>c) FUMÉ .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>d) FAIT DE L'EXERCICE .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> </table>		OUI	NON	NSP	a) MANGÉ .....	1	2	8	b) CAFFEINE .....	1	2	8	c) FUMÉ .....	1	2	8	d) FAIT DE L'EXERCICE .....	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																				
a) MANGÉ .....	1	2	8																				
b) CAFFEINE .....	1	2	8																				
c) FUMÉ .....	1	2	8																				
d) FAIT DE L'EXERCICE .....	1	2	8																				
319 #	Nous allons maintenant mesurer votre tension artérielle. AVANT DE PRENDRE LA PREMIÈRE MESURE DE LA PRESSON ARTÉRIELLE, MESUREZ LA CIRCONFÉRENCE DU BRAS DU RÉPONDANT À MI-DISTANCE ENTRE LE COUDE ET L'ÉPAULE. ENREGISTRER LA MESURE EN CENTIMETRES.	CIRCONFÉRENCE DU BRAS (EN CENTIMETRES) 																					
320	UTILISEZ LA MESURE DE LA CIRCONFÉRENCE DU BRAS POUR SÉLECTIONNER LA TAILLE DE BRASSARD APPROPRIÉE.	PETIT: 17 CM – 22 CM ..... 1 GRAND: 22 CM – 42 CM ..... 2 TRES GRAND: > 42 CM ..... 3																					
321	EFFECTUEZ LA PREMIÈRE MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE.  ENREGISTRER LA TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE.  SI VOUS N'ÊTES PAS EN MESURE DE MESURER LA TENSION ARTÉRIELLE DU RÉPONDANT, ENREGISTREZ LA RAISON.	MESURES DE LA TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE.....  DIASTOLIQUE.....  PROBLÈMES TECHNIQUE: ..... 995 AUTRE ..... 996 REFUS ..... 997	→ 342																				
326	METTEZ LE CHRONO EN MARCHÉ POUR TROIS MINUTES ET ATTENDEZ QU'AU MOINS TROIS MINUTES SE SONT ECOULES																						
326A	Puis-je prendre votre tension artérielle pour la deuxième fois?	OUI ..... 1 NON..... 2	→ 337																				
326B	ENREGISTREZ L'HEURE	HEURE : MINUTES 																					
327	EFFECTUEZ LA DEUXIÈME MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE.  ENREGISTRER LA TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE.  SI VOUS N'ÊTES PAS EN MESURE DE MESURER LA TENSION ARTÉRIELLE DU RÉPONDANT, ENREGISTREZ LA RAISON.	MESURES DE LA TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE.....  DIASTOLIQUE .....  PROBLÈMES TECHNIQUES ... 995 AUTRE ..... 996 REFUS ..... 997	→ 337																				
335	METTEZ LE CHRONO EN MARCHÉ POUR TROIS MINUTES ET ATTENDEZ QU'AU MOINS TROIS MINUTES SE SONT ECOULES																						

**MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES HOMMES DE 15-59 ANS**

336A	Puis-je prendre votre tension artérielle pour la troisième fois?	OUI ..... 1 NON..... 2	→ 337
336B	ENREGISTREZ L'HEURE	HEURE : MINUTES □□ : □□	
336	<b>EFFECTUEZ LA TROISIEME MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE.</b>  ENREGISTRER LA TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE.  SI VOUS N'ÊTES PAS EN MESURE DE MESURER LA TENSION ARTÉRIELLE DU RÉPONDANT, ENREGISTREZ LA RAISON.	<b>MESURES DE LA TENSION ARTÉRIELLE</b> SYSTOLIQUE ..... □□□ DIASTOLIQUE ..... □□□ PROBLÈMES TECHNIQUES ... 995 AUTRE ..... 996 REFUS ..... 997	
337	ENREGISTRER ET CALCULER LA MOYENNE DE LA TENSION SYSTOLIQUE ET LA MOYENNE DE LA TENSION ARTÉRIELLE DIASTOLIQUE DE 327 ET 336 :  TENSIONS ARTÉRIELLES SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES EN 327 ET 336 □ ↓	TENSIONS ARTÉRIELLES SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉES EN 327 ET/OU 336 □	→ 338A
337A	TENSION ARTÉRIELLE DE 327 :    SYSTOLIQUE    DIASTOLIQUE □□□                                    □□□		
337B	TENSION ARTÉRIELLE DE 336:    SYSTOLIQUE    DIASTOLIQUE □□□                                    □□□		
337C	ENREGISTREZ LA SOMME DES MESURES SYSTOLIQUES ET DIASTOLIQUES.	<b>SOMME SYSTOLIQUE</b> □□□ <b>SOMME DIASTOLIQUE</b> □□□	
337D	CALCULEZ LA TENSION ARTÉRIELLE MOYENNE SYSTOLIQUE ET TENSION MOYENNE DIASTOLIQUE EN DIVISANT CHACUNE DES SOMMES DANS 337C PAR 2.	<b>MOYENNE SYSTOLIQUE</b> □□□ <b>MOYENNE DIASTOLIQUE</b> □□□	→ 338D
338A	VÉRIFIEZ 336:  TENSIONS ARTÉRIELLES SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉES DANS 336 □ ↓	TENSIONS ARTÉRIELLES SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES DANS 336 □	→ 338D
338B	VÉRIFIEZ 327:  TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉES DANS 327 □ ↓	TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES DANS 327 □	→ 338D
338C	VÉRIFIEZ 321:  TENSIONS ARTÉRIELLES SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES DANS 321 □ ↓	TENSIONS ARTÉRIELLES SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE <b>NON</b> ENREGISTRÉES DANS 321 □	→ 341
338D	ENREGISTREZ LA TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE.	SYSTOLIQUE                                    DIASTOLIQUE □□□                                    □□□	

**MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES HOMMES DE 15-59 ANS**

339 UTILISEZ LE TABLEAU POUR DÉTERMINER LA VALEUR CORRECTE À INSCRIRE SUR LE RAPPORT DE TENSION ARTÉRIELLE ET LE FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE :

ENTOUREZ LA LIGNE QUI COMPREND LA VALEUR DE LA TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ENREGISTRÉE DANS 338D.

ENSUITE, ENCERCLEZ LA COLONNE QUI CONTIENT LA VALEUR DE LA TENSION ARTÉRIELLE DIASTOLIQUE ENREGISTRÉE DANS 338D

LA VALEUR DANS LA CELLULE OÙ LA LIGNE ET LA COLONNE SE REJOIGNENT SERA UTILISÉE POUR COMPLÉTER 340.

TENSION SYSTOLIQUE MOYENNE	TENSION DIASTOLIQUE MOYENNE					
	< 85	85 - 89	90 - 99	100 - 109	110 - 119	> = 120
< 130	1	2	3	4	5	6
130 - 139	2	2	3	4	5	6
140 - 159	3	3	3	4	5	6
160 - 179	4	4	4	4	5	6
180 - 209	5	5	5	5	5	6
> = 210	6	6	6	6	6	6

340 ENTOUREZ LA VALEUR DE 339 DANS LE TABLEAU CI-DESSOUS. ENTOUREZ LA MÊME VALEUR DANS LE FORMULAIRE DE RAPPORT SUR LA TENSION ARTÉRIELLE. LISEZ À HAUTE VOIX À L'ENQUÊTÉ(E) LES INSTRUCTIONS DU FORMULAIRE DE RAPPORT À DROITE DE CE NUMÉRO, PUIS DONNEZ LE FORMULAIRE À L'ENQUÊTÉ ET RÉPONDEZ À SES QUESTIONS ÉVENTUELLES.

VALEUR DE 239:	LA CATÉGORIE DE PRESSION ARTÉRIELLE DU RÉPONDANT :	CONSULTER UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ POUR VÉRIFIER LA PRESSION ARTÉRIELLE DANS:
1	FOURCHETTE ACCEPTABLE	12 MOIS
2	À L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DE LA FOURCHETTE ACCEPTABLE	1 MOIS
3	AU-DESSUS DE LA FOURCHETTE ACCEPTABLE	UNE SEMAINE
4	MODÉRÉMENT HAUT	AUJOURD'HUI
5	HAUT	AUJOURD'HUI
6	TRÈS HAUT	MAINTENANT

341 VÉRIFIEZ SI L'ENQUÊTÉ A REÇU LE FORMULAIRE DE RAPPORT SUR LA TENSION ARTÉRIELLE AVEC LES RÉSULTATS ÉCRITS	FORMULAIRE DE RAPPORT REÇU ..... 1 NON REÇU ..... 2
---	---

342 VÉRIFIEZ 303 :                      AGÉ DE 15-17 ANS                       AGÉ DE 18-59 ANS  → 344

343 VÉRIFIEZ 304 :                      AUTRE                       CODE 4 (JAMAIS EN UNION)  → 355

**CONSETEMENT DE L'ENQUÊTÉ ADULTE POUR LE TEST DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE**

344 DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE GLYCÉMIE:

Dans cette enquête, nous demandons aux gens dans tout le pays de participer aux test de glycémie. En outre, l'augmentation du taux de sucre dans le sang/hyperglycémie est un problème de santé sérieux qui peut affecter certaines personnes et provoquer l'atteinte de certains organes notamment les reins et les yeux. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le diabète.

Pour les tests de glycémie, nous avons besoin d'une goutte de sang d'un doigt. L'équipement qui sera utilisé pour ces tests est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après les tests. Le sang sera testé pour la glycémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Le résultat est strictement confidentiels et ne sera transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.

Avez-vous des questions à me poser?  
Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.  
Voulez-vous participer au test de diabète?

# 345 ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
------------------------------------	---

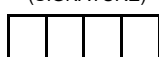
**MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES HOMMES DE 15-59 ANS**

346	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI REALISE LA MESURE DU NIVEAU DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE.	<p align="center">_____ (SIGNATURE)</p> <p align="center"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p> <p align="center">NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR</p>		
<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ ADULTE POUR LA COLLECTE DE DBS POUR LES TESTS COVID 19 ET VIH</b>				
349	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE DE DBS POUR LES TESTS COVID 19 ET VIH:</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons également aux gens dans tout le pays de donner du sang pour le test du VIH et de COVID 19. Le VIH est le virus qui cause le sida alors le COVID cause la maladie à corona virus. Le test du VIH et celui de COVID sont effectués dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH et la COVID 19. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le VIH et la COVID 19.</p> <p>Pour ces tests, nous avons besoin des gouttes de sang d'un doigt et on utilise pour cela un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner le résultat du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître les résultats des tests. Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH et la COVID 19, je peux vous fournir la liste des centres (les plus proches) qui offrent des services de test et de conseils pour ces maladies.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.</p>			
# 350A	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	<p align="center"><b>HIV TESTING</b></p> <p>ACCORDÉ ..... 1</p> <p>REFUSÉ ..... 2</p> <p>ABSENT/AUTRE ..... 3</p>		
# 350B	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	<p align="center"><b>COVID-19 TESTING</b></p> <p>ACCORDÉ ..... 1</p> <p>REFUSÉ ..... 2</p> <p>ABSENT/AUTRE ..... 3</p>		
351	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI PRELEVE LE DBS.	<p align="center">_____ (SIGNATURE)</p> <p align="center"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p> <p align="center">NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR</p>		
351B	<p>VÉRIFIEZ 350A OU 350B:      AU MOINS UN          CONSENTEMENT <input type="checkbox"/>      LES DEUX CONSENTEMENT REFUSES <input type="checkbox"/></p> <p>ACCORDE <input checked="" type="checkbox"/>      <span style="float: right;">→354A</span></p>			
<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ ADULTE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES</b>				
352	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES:</p> <p>Nous vous demandons d'autoriser LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre de vous identifier. Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, vous pouvez quand même participer aux autres tests réalisés dans le cadre de cette enquête.</p> <p>Est-ce-que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des recherches ou tests supplémentaires ?</p>			
# 353A	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	<p>ACCORDÉ ..... 1</p> <p>REFUSÉ ..... 2</p> <p>ABSENT/AUTRE ..... 3</p>		
353B	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI PRELEVE LE DBS.	<p align="center">_____ (SIGNATURE)</p> <p align="center"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p> <p align="center">NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR</p>		




**MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES HOMMES DE 15-59 ANS**

**CONSETEMENT DE L'ENQUÊTÉ MINEUR POUR LE TEST DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE**

360	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ MINEUR POUR LE TEST DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE :</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test de l'hémoglobine glyquée. En outre, l'augmentation du taux de sucre dans le sang/hyperglycémie est un problème de santé sérieux qui peut affecter certaines personnes et provoquer l'atteinte de certains organes notamment les reins et les yeux. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le diabète.</p> <p>Pour le test de l'hémoglobine glyquée, nous avons besoin d'une goutte de sang d'un doigt. L'équipement qui sera utilisé pour ces tests est propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après le test. Le sang sera testé pour l'hémoglobine glyquée immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE) tout de suite. Le résultat est strictement confidentiel et ne sera transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser?          Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.          Voulez-vous participer au test de l'hémoglobine glyquée?</p>	
361	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ ..... 2 ABSENTE/AUTRE ..... 3
362	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI REALISE LA MESURE DU NIVEAU DE GLYCEMIE.	_____ (SIGNATURE)  NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR

**CONSETEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LA COLLECTE DE DBS POUR LES TESTS VIH ET COVID-19**

365	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LA COLLECTE DE DBS:</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons également aux gens dans tout le pays de donner du sang pour les tests du VIH et de COVID 19. Le VIH est le virus qui cause le sida alors le COVID cause la maladie à corona virus. Le test du VIH et celui de COVID sont effectués dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH et la COVID 19. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le VIH et la COVID 19.</p> <p>Pour ces tests, nous avons besoin de quelques gouttes de sang d'un doigt et on utilise pour cela un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner les résultats des tests. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître le résultat des tests de (NOM DE LA PERSONNE MINEURE). Si (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) veut savoir si elle a, ou non, le VIH et la COVID 19, je peux vous fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH et la COVID 19.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?          Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.          Autorisez-vous (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) à donner du sang pour les tests du VIH et de COVID 19?</p>		
# 366A	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	<p align="center"><b>TEST DU VIH</b></p> ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3	
# 366B	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	<p align="center"><b>TEST DE COVID-19</b></p> ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3	
367	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI PRELEVE LE DBS.	_____ (SIGNATURE)  NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR	
368	VÉRIFIEZ 366A ET 366B:      AU MOINS UN <input type="checkbox"/> LES DEUX <input type="checkbox"/> CONSENTEMENT      CONSENTEMENTS ACCORDÉ      REFUSÉS		→ 378A

**MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES HOMMES DE 15-59 ANS**

<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ MINEUR POUR LA COLLECTE DE DBS</b>		
369	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ MINEUR POUR LA COLLECTE DE DBS :</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons également aux gens dans tout le pays de donner du sang pour les tests du VIH et de COVID 19. Le VIH est le virus qui cause le sida alors le COVID cause la maladie à corona virus. Le test du VIH et celui de COVID sont effectués dans cette enquête pour savoir combien de personnes ont contracté le VIH et la COVID 19. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter le VIH et la COVID 19.</p> <p>Pour ces tests, nous avons besoin de quelques gouttes de sang d'un doigt et on utilise pour cela un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrons donc pas vous donner les résultats des tests. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître les résultats des tests. Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH et la COVID 19, je peux vous fournir la liste des centres (les plus proches) qui offrent des services de test et de conseils pour ces maladies.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.</p>	
370A	<p>VÉRIFIEZ 366A:      CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> ACCORDÉ      CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> REFUSÉ</p>	→ 370C
# 370B	<p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p>	<p><b>TEST DU VIH</b></p> <p>ACCORDÉ ..... 1</p> <p>REFUSÉ ..... 2</p> <p>ABSENT/AUTRE ..... 3</p>
370C	<p>VÉRIFIEZ 366B:      CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> ACCORDÉ      CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> REFUSÉ</p>	→ 371
# 370D	<p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p>	<p><b>TEST DE COVID-19</b></p> <p>ACCORDÉ ..... 1</p> <p>REFUSÉ ..... 2</p> <p>ABSENT/AUTRE ..... 3</p>
371	<p>SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI PRELEVE LE DBS.</p>	<p>_____</p> <p align="center">(SIGNATURE)</p> <p align="center"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p> <p align="center">NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR</p>
371A	<p>VÉRIFIEZ 370B ET 370D:      TOUT CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> ACCORDÉ      LES DEUX CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> REFUSES</p>	→ 378A
<b>CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES</b>		
372	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES :</p> <p>Nous vous demandons d'autoriser le MINISTÈRE DE LA SANTÉ à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre d'identifier (NOM DE LA PERSONNE MINEURE). Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, (NOM DE LA PERSONNE MINEURE) peut quand même participer aux autres tests réalisés dans le cadre de cette enquête.</p> <p>Est-ce-que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des tests supplémentaires ?</p>	
373	<p>ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p>	<p>ACCORDÉ ..... 1</p> <p>PARENT/ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ . 2</p> <p>ABSENT/AUTRE ..... 3</p>
374	<p>SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI PRELEVE LE DBS.</p>	<p>_____</p> <p align="center">(SIGNATURE)</p> <p align="center"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p> <p align="center">NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR</p>
375	<p>VÉRIFIEZ 373:      CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> ACCORDÉ      CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> REFUSÉ</p>	→ 378A

**MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES HOMMES DE 15-59 ANS**

<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ MINEUR POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES</b>		
376	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ MINEUR POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES :</p> <p>Nous vous demandons d'autoriser le MINISTÈRE DE LA SANTÉ à conserver au laboratoire une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre de vous identifier. Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, vous pouvez quand même participer aux autres tests réalisés dans le cadre de cette enquête.</p> <p>Est-ce-que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des tests supplémentaires ?</p>	
377	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉ MINEUR A REFUSÉ ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
378	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI PRELEVE LE DBS.	_____ (SIGNATURE)  <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR
<b>CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST RAPIDE DU VIH</b>		
378A	<p>DEMANDER LE CONSENTEMENT AU TEST RAPIDE DU VIH AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE :</p> <p>Si vous voulez que (NOM DU MINEUR) connaisse son statut sérologique dès maintenant, nous pouvons faire un test rapide et lui donner le résultat. Le test est gratuit et nous offrons des conseils avant et après le test.</p> <p>Pour le test rapide du VIH, nous avons besoin de quelques gouttes (de plus) de sang d'un doigt. Nous utiliserons les mêmes tests rapides utilisés dans les hôpitaux de la RDC. Le matériel utilisé pour prélever le sang est propre et totalement sûr. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le résultat du test sera disponible pour (NOM DU MINEUR) 20-30 minutes.</p>	
378B	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 PARENT/ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ . 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
378C	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI A FAIT LE TEST RAPIDE DU VIH	_____ (SIGNATURE)  <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR
378D	VÉRIFIEZ 378B :      CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> ACCORDÉ      CONSENTEMENT <input type="checkbox"/> REFUSÉ	→ 379
<b>ACCORD DE L'ENQUÊTÉ MINEUR POUR LE TEST RAPIDE DU VIH</b>		
378E	<p>DEMANDER L'ACCORD POUR UN DÉPISTAGE RAPIDE DU VIH À UN MINEUR :</p> <p>Si vous voulez connaître votre statut sérologique dès maintenant, nous pouvons faire un test rapide et vous donner le résultat. Le test est gratuit et nous offrons des conseils avant et après le test.</p> <p>Pour le test rapide du VIH, nous avons besoin de quelques gouttes (de plus) de sang d'un doigt. Nous utiliserons les mêmes tests rapides utilisés dans les hôpitaux de la RDC. Le matériel utilisé pour prélever le sang est propre et totalement sûr. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le résultat du test sera disponible dans 20 à 30 minutes.</p> <p>Si le test est positif, je vous remettrai un formulaire de référence pour vous rendre au centre de santé le plus proche pour un suivi avec le personnel médical, comme le recommande le ministère de la Santé.</p> <p>Avez-vous des questions?            Vous pouvez dire oui ou non. C'est à vous de décider.</p>	
378F	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3

**MESURE DES BIOMARQUEURS AUPRES DES HOMMES DE 15-59 ANS**

378G	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT BIOMARQUEUR QUI A FAIT LE TEST RAPIDE DU VIH	<p align="center">_____ (SIGNATURE)</p> <p align="center"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                  NUMÉRO AGENT BIOMARQUEUR             </p>	
379	PRÉPAREZ L'EQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TESTS POUR LESQUELS VOUS AVEZ OBTENU LE CONSENTEMENT ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.		
379A	PLACEZ ÉTIQUETTE CODE BARRE.	<p align="center">                 COLLEZ LA 1<sup>re</sup> ÉTIQUETTE                  CODE BARRE.             </p> <p align="center">                 COLLEZ LA 2<sup>ème</sup> ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA FICHE DE                  TRANSMISSION ET LA 3<sup>ème</sup> SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE             </p> <p align="right">                 ABSENT ..... 994                  REFUS ..... 995                  AUTRE ..... 996             </p>	
379B	SI LE RÉPONDANT ADULTE, VÉRIFIER 353A ; SI RÉPONDANT MINEUR, VÉRIFIER 373 ET 377	SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ ACCORDÉ, ÉCRIVEZ "NAT" SUR LE PAPIER FILTRE	
381	INSCRIVEZ LE POURCENTAGE DE LA PROTEINE GLYQUEE ICI ET DANS LA BROCHURE D'ANTHROPOMETRIE, D'ANÉMIE ET DE GLYCEMIE .	<p align="center"> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %             </p> <p align="right">                 ABSENTE ..... 994                  REFUS ..... 995                  AUTRE ..... 996             </p>	
384	VÉRIFIEZ 281 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE	AU-DESSUS 6.5 %, HYPERGLYCEMIE ..... 1 6.5% OU MOINS ..... 2 ABSENTE ..... 994 REFUS ..... 995 AUTRE ..... 996	} → 386
385	<b>DÉCLARATION POUR RÉFÉRENCE POUR HYERGLYCEMIE.</b> Le test pour le diagnostic de diabète montre que vous avez un taux élevé de sucre dans le sang. Vous devez vous rendre immédiatement dans un établissement de soins. ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU TEST DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE POUR HYPERGLYCEMIE.		
386	ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU DETERMINE DU VIH ICI.	POSITIF ..... 1 NÉGATIF ..... 2 PAS PRÉSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 5	} → 390 } → 399 } → 393
387A	ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU STAT PAK DU VIH ICI.	POSITIF ..... 1 NÉGATIF ..... 2 PAS PRÉSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 5	} → 388 } → 392
387B	ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU UNI GOLD DU VIH ICI.	POSITIF ..... 1 NÉGATIF ..... 2 PAS PRÉSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 5	} → 389 } → 391 } → 392
388	ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU DETERMINE DU VIH ICI.	POSITIF ..... 1 NÉGATIF ..... 2 PAS PRÉSENT ..... 3 REFUS ..... 4 AUTRE ..... 5	} → 391 } → 390 } → 392





#### NOTES POUR LES BIOMARQUEURS

- (1) Cette section doit être adaptée selon le plan d'enquête spécifique au pays.
- (2) Supprimer la section prévue pour enregistrer le nom et le numéro d'identification du Contrôleur CAPI si l'enquête n'a pas de Contrôleurs CAPI distincts des Chefs d'Équipe
- (3) Ajustez les instructions selon que les données du questionnaire pour l'enquête sont collectées par CAPI ou sur papier. Les instructions pour les enquêtes papier sont indiquées entre parenthèses.
- (4) Dans les pays où les balances indiquent le poids avec une seule décimale, gardez seulement une case après la décimale et supprimez le premier '9' des trois autres codes.
- (5) Adapter le libellé des instructions pour prendre en compte les pratiques locales telles que porter au cou des bobines en laiton ou autres bijoux ornementaux lourds qui ne peuvent pas être enlevés.
- (6) Adapter le libellé de l'instruction pour l'adapter aux pratiques locales.
- (7) Le seuil pour l'anémie sévère doit être adapté à la norme du pays.

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ  
QUESTIONNAIRE STANDARD DE L'AGENT DE TERRAIN

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

LANGUE DU  
QUESTIONNAIRE FRANÇAIS

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
100	Quel est votre nom ?	NOM _____	
101	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT DE TERRAIN	NUMÉRC..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
<b>INSTRUCTIONS</b> Dans le cadre de l'EDS-RDC III, nous collectons des informations sur tous les agents de terrain de l'EDS-RDC III. Veuillez répondre aux questions ci-dessous. Les informations que vous fournirez feront partie du fichier de données de l'enquête ; cependant, votre nom sera supprimé et ne fera pas partie du fichier de données. Merci de fournir les informations nécessaires.			
102	Dans quelle province vivez-vous ?	BAS-UELE ..... 01 ÉQUATEUR ..... 02 HAUT-KATANGA ..... 03 HAUT-LOMAMI ..... 04 HAUT-UELE ..... 05 ITURI ..... 06 KASAÏ ..... 07 KASAÏ CENTRAL ..... 08 KASAÏ ORIENTAL ..... 09 KINSHASA ..... 10 KONGO-CENTRAL ..... 11 KWANGO ..... 12 KWILU ..... 13 LOMAMI ..... 14 LUALABA ..... 15 MAI-NDOMBE ..... 16 MANIEMA ..... 17 MONGALA ..... 18 NORD-KIVU ..... 19 NORD-UBANGI ..... 20 SANKURU ..... 21 SUD-KIVU ..... 22 SUD-UBANGI ..... 23 TANGANYIKA ..... 24 TSHOPO ..... 25 TSHUAPA ..... 26	
103	Vivez-vous dans une ville, une petite ville ou en zone rurale ?	VILLE ..... 1 PETITE VILLE ..... 2 ZONE RURALE ..... 3	
104	Quel âge avez-vous ? INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES	ÂGE ..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
105	Êtes-vous un homme ou une femme ?	HOMME ..... 1 FEMME ..... 2	
106	Quel est votre état matrimonial actuel ?	ACTUELLEMENT MARIÉ ..... 1 VIT AVEC UN HOMME/UNE FEMM ..... 2 VEUF/VEUVE ..... 3 DIVORCÉ ..... 4 SÉPARÉ ..... 5 JAMAIS MARIÉ OU N'A JAMAIS VÉCU AVEC HOMME/FEMM ..... 6	
107	Combien d'enfants vivants avez-vous ? INCLURE SEULEMENT VOS ENFANTS BIOLOGIQUES.	ENFANTS VIVANTS ..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
108	Avez-vous eu un enfant qui est décédé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
109	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE ..... 2 SUPÉRIEUR ..... 3	
110	Quelle est la classe la plus élevée que vous avez atteint à ce niveau ? SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	[CLASSE/ANNÉE] ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
111	Quelle est votre religion ?	CATHOLIQUE ..... 01 PROTESTANTE ..... 02 ARMÉE DU SALUT ..... 03 KIMBANGUISTE ..... 04 MUSULMANE ..... 05 EGLISE DE REVEIL ..... 06 TEMOINS DE JEHOVAH ..... 07 ANIMISME/RELIGION TRADITIONNELLE ..... 08 BRANHAMISME ..... 09  PAS DE RELIGION ..... 9  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
113	Quelles langues parlez-vous ?  INSCRIVEZ TOUTES LES LANGUES QUE VOUS PARLEZ.	FRANÇAIS ..... A KIKONGO ..... B LINGALA ..... C SWAHILI ..... D TSHILUBA ..... E  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	
114	Quelle est votre langue maternelle/natale (langue parlée à la maison quand vous étiez jeune) ?	FRANÇAIS ..... 01 KIKONGO ..... 02 LINGALA ..... 03 SWAHILI ..... 04 TSHILUBA ..... 05  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
115	Avez-vous déjà travaillé sur:  a) une enquête EDS-RDC avant celle-ci ? b) une enquête MICS-PALU avant celle-ci ? c) une autre enquête avant celle-ci ?	OUI      NON a) EDS-RDC ..... 1      2 b) MICS-PALU ..... 1      2 c) UNE AUTRE ENQUETE ..... 1      2	
116	Est-ce que vous travailliez déjà pour l'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INS) ou l'ECOLE DE SANTE PUBLIQUE DE L'UNIVERSITE DE KINSHASA (ESPK) au moment où vous étiez employé pour travailler sur cette EDS ?	OUI, INS ..... 1 OUI, ESPK ..... 2  NON ..... 3	→ 118
117	Êtes-vous un employé permanent ou temporaire de l'INS ou de l'ESPK ?	PERMANENT ..... 1 TEMPORAIRE ..... 2	
118	Si vous avez des commentaires, s'il vous plait, écrivez-les ici.		