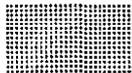


ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE
QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME

Confidentiel

IDENTIFICATION	
PROVINCE _____	PROVINCE..... <input type="checkbox"/>
DEPARTEMENT _____	N° de la STRATE.... <input type="checkbox"/>
ARROND./DISTRICT _____	ARROND./DISTRICT <input type="checkbox"/>
VILLE/CANTON/GROUPEMENT _____	N° de la GRAPPE <input type="checkbox"/>
VILLAGE _____	N° de STRUCTURE <input type="checkbox"/>
QUARTIER VILLE/LOCALITE _____	N° du MENAGE..... <input type="checkbox"/>
NOM DE LA FEMME _____	N° DE LIGNE FEMME <input type="checkbox"/>
	N° de la ZD _____

VISITES D'ENQUETRICE				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR.... <input type="checkbox"/>
				MOIS.... <input type="checkbox"/>
NOM DE L'ENQUETRICE	_____	_____	_____	ANNEE... <input type="checkbox"/>
				CODE ENQUETRICE <input type="checkbox"/>
RESULTAT*	_____	_____	_____	RESULTAT... <input type="checkbox"/>
PROCHAINE VISITE:	DATE			NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="checkbox"/>
	HEURE	_____		
*CODES RESULTAT: 1 ENTIEREMENT REMPLI 4 REFUS DE REPENDRE 2 PAS A LA MAISON 5 PARTIELLEMENT REMPLI 3 DIFFERE 6 AUTRE _____ (PRECISER)				

QUESTIONNAIRE FRANCAIS.....	<input type="checkbox"/>
LANGUE DE L'INTERVIEW** _____	<input type="checkbox"/>
INTERPRETE: OUI (=1) / NON (=2).....	<input type="checkbox"/>
**CODES LANGUE: 1 FRANCAIS 3 FULFULDE 5 PIDGIN 2 ANGLAIS 4 EWONDO 6 AUTRES	

NOM	CONTROLE TERRAIN	CONTROLE BUREAU	SAISI PAR	SAISI PAR
DATE	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

SECTION 1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ENQUETES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A				
101	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE..... MINUTES.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
102	Pour commencer, je voudrais vous poser quelques questions sur vous-mêmes et votre ménage. La plus grande partie des 12 premières années de votre vie, avez-vous vécu à Yaoundé/Douala ou une autre capitale, dans une autre ville, ou à la campagne?	YAOUNDE/DOUALA/AUTRE CAPITALE...1 AUTRE VILLE.....2 CAMPAGNE.....3					
103	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DE LA VILLE, DU VILLAGE OU SE PASSE L'ENQUETE)?	DEPUIS LA NAISSANCE.....95 VISITEUSE.....96 ANNEES.....	105				
104	Juste avant de vous installer ici, avez-vous vécu à Yaoundé/Douala ou une autre capitale, dans une autre ville ou à la campagne?	YAOUNDE/DOUALA/AUTRE CAPITALE...1 AUTRE VILLE.....2 CAMPAGNE.....3					
105	Quelle est votre date de naissance?	MOIS..... NSP MOIS.....9B ANNEE..... NSP ANNEE.....9B					
106	Quel est votre âge? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOMPATIBLES	AGE EN ANNEES REVOLUES.....					
107	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI.....1 NON.....2	111				
108	A quel niveau scolaire le plus élevé avez-vous arrêté vos études: primaire, secondaire ou supérieur?	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE.....2 SUPERIEUR.....3					
109	Quelle est la dernière classe que vous avez achevée à ce niveau*?	CLASSE.....					
110	VERIFIER 108: PRIMAIRE <input type="checkbox"/> SECONDAIRE <input type="checkbox"/> OU SUPERIEUR <input type="checkbox"/>		112				
111	Pouvez-vous lire et comprendre une lettre ou un journal facilement, avec difficulté ou pas du tout?	FACILEMENT.....1 AVEC DIFFICULTE.....2 PAS DU TOUT.....3					
112	Avez-vous l'habitude d'écouter la radio, au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	114				
113	Avez-vous l'habitude d'écouter à la radio des émissions sur la promotion de la femme ou sur la santé? SI OUI, Lesquelles? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES CITEES	ENTRE NOUS MESDAMES.....A CALLING THE WOMEN.....B SANTE POUR TOUS.....C MEDICAL HOTLINE.....D AUTRES EMISSIONS FEMME/SANTE.....E AUTRES EMISSIONS.....F AUCUNE EMISSION FEMME/SANTE.....G NSP.....H					
114	Avez-vous l'habitude de regarder la télévision, au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	116				
115	Avez-vous l'habitude de regarder à la télévision: Pavillon écran? Health watch? Tout feu tout femme? Feminine line? Les gestes qui sauvent?	OUI NON PAVILLON ECRAN.....1 2 HEALTH WATCH.....1 2 TOUT FEU TOUT FEMME.....1 2 FEMININE LINE.....1 2 LES GESTES QUI SAUVENT.....1 2					
116	Quelle est votre religion?	CATHOLIQUE.....1 PROTESTANTE.....2 MUSULMANE.....3 AUTRE.....4 (PRECISER) AUCUNE.....5					

* CODES SELON LES DIFFERENTS SYSTEMES D'EDUCATION: 0=MOINS D'UNE ANNEE 8=NSP
POUR LE SUPERIEUR: VOIR MANUEL D'INSTRUCTIONS

PRIMAIRE			SECONDAIRE		
ANGLOPHONE	CODES	FRANCOPHONE	ANGLOPHONE	CODES	FRANCOPHONE
INFANT/CLASS ONE	1	SIL	FORM 1	1	SIXIEME/1 ^{re} ANNEE
STANDARD ONE/CLASS TWO	2	CP	FORM 2	2	CINQUIEME/2 ^{re} ANNEE
STANDARD TWO/CLASS THREE	3	CE1	FORM 3	3	QUATRIEME/3 ^{re} ANNEE
STANDARD THREE/CLASS FOUR	4	CE2	FORM 4	4	TROISIEME/4 ^{re} ANNEE
STANDARD FOUR/CLASS FIVE	5	CM1	FORM 5	5	SECONDE
STANDARD FIVE/CLASS SIX	6	CM2	LOWER SIXTH FORM	6	PREMIERE
STANDARD SIX/CLASS SEVEN	7	-	UPPER SIXTH FORM	7	TERMINALE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A																					
117	Quelle est votre nationalité?	CAMEROUNAISE.....1 AUTRE AFRICAINE.....2 AUTRE.....3																						
118	VERIFIER Q.4 DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE LA FEMME ENQUETEE N'EST PAS UNE RESIDENTE ('NON' A Q.4 DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE) <input type="checkbox"/>	LA FEMME ENQUETEE EST RESIDENTE ('OUI' A Q.4 DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE) <input type="checkbox"/>	201																					
119	Vivez-vous habituellement à Yaoundé/Douala, dans une autre capitale, dans une autre ville ou à la campagne?	YAOUNDE/DOUALA/AUTRE CAPITALE...1 AUTRE VILLE.....2 CAMPAGNE.....3																						
120	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur le ménage dans lequel vous vivez habituellement. Où vous approvisionnez-vous en eau pour faire la vaisselle, pour laver les habits et pour vous laver?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT.....11 ROBINET DANS LA COUR.....12 ROBINET DU VOISIN.....13 BORNE FONTAINE.....14 EAU DE PUIITS PUIITS A POMPE MANUELLE.....21 PUIITS SANS POMPE MANUELLE.....22 EAU DE SURFACE RIVIERE, SOURCE, MARIGOT.....31 EAU DE PLUIE.....41 AUTRE.....51 (PRECISER)	122																					
121	Combien de temps faut-il pour aller chercher l'eau et revenir? SI 90 MINUTES OU MOINS, ENREGISTRER EN MINUTES. DANS LES AUTRES CAS, ENREGISTRER EN HEURES.	MINUTES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td></td><td></td></tr></table> HEURES..... SUR PLACE.....996	1			2																		
1																								
2																								
122	Pour boire, utilisez-vous l'eau de la même source que celle dont nous venons de parler?	OUI.....1 NON.....2	125																					
123	Où vous approvisionnez-vous en eau pour boire dans votre ménage?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT.....11 ROBINET DANS LA COUR.....12 ROBINET DU VOISIN.....13 BORNE FONTAINE.....14 EAU DE PUIITS PUIITS A POMPE MANUELLE.....21 PUIITS SANS POMPE MANUELLE.....22 EAU DE SURFACE RIVIERE, SOURCE, MARIGOT.....31 EAU DE PLUIE.....41 AUTRE.....51 (PRECISER)	125																					
124	Combien de temps faut-il pour aller chercher l'eau pour boire et revenir? SI 90 MINUTES OU MOINS, ENREGISTRER EN MINUTES. DANS LES AUTRES CAS, ENREGISTRER EN HEURES.	MINUTES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td></td><td></td></tr></table> HEURES..... SUR PLACE.....996	1			2																		
1																								
2																								
125	Quel type de w.c. utilisez-vous dans votre ménage?	CHASSE D'EAU.....11 LATRINES LATRINES AMENAGEES.....21 LATRINES SOMMAIRES.....22 PAS DE TOILETTES/NATURE CIEL OUVERT.....31 RIVIERE.....32 PAS DE W.C.....33 AUTRE.....41 (PRECISER)																						
126	Dans votre ménage, avez-vous? L'électricité? Une radio? Une télévision? Un réfrigérateur? Une cuisinière à gaz ou électrique? Un réchaud à gaz ou électrique?	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><thead><tr><th></th><th>OUI</th><th>NON</th></tr></thead><tbody><tr><td>ELECTRICITE.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>RADIO.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>TELEVISION.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>REFRIGERATEUR.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>CUISINIERE.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>RECHAUD.....</td><td>1</td><td>2</td></tr></tbody></table>		OUI	NON	ELECTRICITE.....	1	2	RADIO.....	1	2	TELEVISION.....	1	2	REFRIGERATEUR.....	1	2	CUISINIERE.....	1	2	RECHAUD.....	1	2	
	OUI	NON																						
ELECTRICITE.....	1	2																						
RADIO.....	1	2																						
TELEVISION.....	1	2																						
REFRIGERATEUR.....	1	2																						
CUISINIERE.....	1	2																						
RECHAUD.....	1	2																						
127	Dans votre ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir?	PIECES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																						
128	Combien de personnes dorment dans la pièce où il y a le plus de gens qui dorment?	NOMBRE DE PERSONNES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																						
129	Pourriez-vous décrire le plancher de votre logement? Est-ce principalement: Terre? Bois? Ciment? Carrelage?	PLANCHER NATUREL: TERRE.....11 PLANCHER SOMMAIRE: BOIS.....21 PLANCHER FINI CIMENT.....31 CARRELAGE.....32 AUTRE.....41 (PRECISER)																						
130	Dans votre ménage quelqu'un possède-t-il: Une bicyclette/vélo? Une moto/motocyclette? Une voiture?	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><thead><tr><th></th><th>OUI</th><th>NON</th></tr></thead><tbody><tr><td>BICYCLETTE/VELO.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>MOTO/MOTOCYCLETTE.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>VOITURE.....</td><td>1</td><td>2</td></tr></tbody></table>		OUI	NON	BICYCLETTE/VELO.....	1	2	MOTO/MOTOCYCLETTE.....	1	2	VOITURE.....	1	2										
	OUI	NON																						
BICYCLETTE/VELO.....	1	2																						
MOTO/MOTOCYCLETTE.....	1	2																						
VOITURE.....	1	2																						

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
201	Maintenant je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà eu une naissance?	OUI.....1 NON.....2	→206
202	Avez-vous donné naissance à des garçons ou des filles qui habitent actuellement avec vous?	OUI.....1 NON.....2	→204
203	Combien de ces garçons habitent avec vous? Combien de ces filles habitent avec vous? SI AUCUN(E), INSCRIRE '00'.	GARCONS A LA MAISON..... FILLES A LA MAISON.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
204	Avez-vous donné naissance à des garçons ou des filles encore en vie et qui n'habitent pas actuellement avec vous?	OUI.....1 NON.....2	→206
205	Combien de ces garçons encore en vie n'habitent pas avec vous? Combien de ces filles encore en vie n'habitent pas avec vous? SI AUCUN(E), INSCRIRE '00'.	GARCONS AILLEURS..... FILLES AILLEURS.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
206	Avez-vous donné naissance à des garçons ou à des filles, nées) vivant(es) mais décédés) par la suite? SI NON, INSISTER: Aucun(e) garçon ou fille qui a pleuré ou qui a manifesté un signe de vie quelconque, mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours?	OUI.....1 NON.....2	→208
207	Combien de garçons sont décédés? Et combien de filles sont décédées? SI AUCUN(E), INSCRIRE '00'.	GARCONS DECEDES..... FILLES DECEDEES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
208	FAIRE LA SOMME DES REponses A 203, 205, ET 207, ET INSCRIRE LE TOTAL. SI AUCUN(E), INSCRIRE '00'.	TOTAL.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
209	VERIFIER 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris: vous avez eu au TOTAL ___ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> INSISTER ET CORRIGER 201-209 SI NECESSAIRE PUIS PASSER A 210		
210	Par ailleurs, avez-vous eu certaines grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante?	OUI.....1 NON.....2	→212
211	Combien avez-vous eu de grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante?	NOMBRE.....	<input type="text"/>
212	VERIFIER 208: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/>		→225

213 Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur chacune de vos naissances, qu'elles soient encore vivantes ou non, en commençant par la première naissance que vous avez eue.

(INSCRIRE A 214 LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES. INSCRIRE LES JUMEAUX ET TRIPLES SUR DES LIGNES SEPARÉES)

214	215	216	217	218	219	220	221	222
Quel nom a été donné à votre (premier, suivant) enfant?	DEMANDER A L'ENQUETÉE SI UNE DE SES NAISSANCES ÉTAIT MULTIPLE ET ENREGISTRER LE GENRE DE NAISSANCE: SIMPLE OU MULTIPLE	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER: Quand a lieu son anniversaire? OU: En quelle période/saison?	(NOM) est-il/elle encore en vie?	SI ENCORE VIVANT: Quel âge a (NOM) actuellement? INSCRIRE L'ÂGE EN ANNÉES REVOLUES	SI ENCORE VIVANT: (NOM) vit-il/elle avec vous?	SI L'ENFANT A MOINS DE 15 ANS: Avec qui vit (NOM)? SI 15+: PASSER A LA NAISSANCE SUIVANTE	SI DÉCÉDÉ(E): Quel âge avait (NOM) quand il/elle est mort(e)? SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait-il/elle, en mois? INSCRIRE EN: JOUR SI MOINS 1 MOIS MOIS SI MOINS 2 ANS ANS SI 2 ANS ET PLUS SI DÉCÉDÉ JOUR NAT. INSCRIRE: 00 JOUR
01 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 ↓ 222	AGE EN ANNÉES	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNÉES. 3
02 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 ↓ 222	AGE EN ANNÉES	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNÉES. 3
03 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 ↓ 222	AGE EN ANNÉES	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNÉES. 3
04 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 ↓ 222	AGE EN ANNÉES	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNÉES. 3
05 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 ↓ 222	AGE EN ANNÉES	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNÉES. 3
06 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 ↓ 222	AGE EN ANNÉES	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNÉES. 3
07 _____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 ↓ 222	AGE EN ANNÉES	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNÉES. 3

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
225	Etes-vous enceinte en ce moment?	OUI.....1 NON.....2 PAS SURE.....8	228
226	De combien de mois êtes-vous enceinte?	MOIS..... <input type="text"/>	
227	Au moment où vous êtes tombée enceinte: -vouliez-vous tomber enceinte <u>à ce moment-là</u> , -vouliez-vous attendre <u>plus tard</u> , -ou vouliez-vous <u>ne pas</u> tomber enceinte?	A CE MOMENT-LA.....1 PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PAS.....3	231
228	Avez-vous vos règles en ce moment?	OUI.....1 NON.....2 JAMAIS EU DE REGLES.....3 EN MENOPAUSE.....4	230 232 231
229	Il y a combien de jours que vos règles ont commencé?	JOURS..... <input type="text"/>	231
230	Il y a combien de temps que vos dernières règles ont commencé?	DUREE EN: JOURS..... <input type="text"/> SEMAINES..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> ANNEES..... <input type="text"/> AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...994 JAMAIS EU DE REGLES.....995 EN MENOPAUSE.....996	232
231	A quel âge avez-vous eu vos premières règles?	AGE EN ANNEES..... <input type="text"/> NSP.....98	
232	Entre le premier jour des règles et le premier jour des règles <u>suyvantes</u> , y-a-t-il certains moments pendant lesquels une femme a plus de chance de tomber enceinte qu'à d'autres moments?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	301
233	A quel moment du cycle menstruel une femme a le plus de chance de tomber enceinte?	PENDANT SES REGLES.....1 JUSTE APRES LA FIN DE SES REGLES.....2 AU MILIEU DU CYCLE.....3 JUSTE AVANT LE DEBUT DE SES REGLES.....4 N'IMPORTE QUAND.....5 AUTRE.....6 (PRECISER) NSP.....8	

SECTION 3: CONTRACEPTION

301 Maintenant, je voudrais 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. De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler?
 ENCERCLER LE CODE 1 DANS 302 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE D'UNE MANIERE SPONTANEE.
 PUIS CONTINUER LA COLONNE EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE NON MENTIONNEE SPONTANEMENT.
 ENCERCLER LE CODE 2 SI LA FEMME A ENTENDU PARLER, ET LE CODE 3 SI ELLE N'A PAS ENTENDU PARLER DE LA METHODE.
 PUIS, POUR CHAQUE METHODE AYANT LE CODE 1 OU 2 ENCERCLE DANS 302, POSER 303-305 AVANT DE PASSER A LA METHODE SUIVANTE.

	302 Avez-vous déjà entendu parler de (METHODE)? LIRE LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE.	303 Avez-vous déjà utilisé (METHODE)?	304 Savez-vous où on peut aller pour se procurer (METHODE)?
01 PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
02 DIU Certaines femmes ont un stérilet ou un dispositif intra-utérin que le médecin ou l'infirmière leur place dans l'utérus.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
03 INJECTIONS Certaines femmes reçoivent une piqûre par un médecin ou une infirmière pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE Certaines femmes se mettent à l'intérieur du vagin une éponge, des comprimés effervescents, un diaphragme, de la gelée ou de la crème avant les rapports sexuels.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
05 CONDOM Certains hommes mettent un préservatif (capote anglaise) pendant les rapports sexuels.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
06 STERILISATION FEMININE Certaines femmes subissent une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	Avez-vous subi une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2 Savez-vous où on peut aller pour subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants?
07 STERILISATION MASCULINE Certains hommes subissent une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	Votre mari/conjoint a-t-il subi une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2 Savez-vous où un homme peut aller pour subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants?
08 CONTINENCE PERIODIQUE Certains couples évitent d'avoir des rapports sexuels certains jours du cycle pendant lesquels la femme est plus susceptible de tomber enceinte, on appelle cette méthode la méthode Ogino.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	Savez-vous où l'on peut obtenir des conseils sur la façon de pratiquer la continence périodique? OUI.....1 NON.....2
09 ABSTINENCE En dehors de l'arrêt des rapports sexuels traditionnellement observé après la naissance, certains couples évitent d'avoir des rapports sexuels pendant des mois pour que la femme ne tombe pas enceinte.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	
10 RETRAIT Certains hommes font attention et se retirent avant l'éjaculation lors des rapports sexuels.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	
11 AUTRES METHODES? Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter la grossesse?	OUI/SPONTANE.....1 NON.....3		
1 _____ (PRECISER)123	OUI.....1 NON.....2	
2 _____ (PRECISER)123	OUI.....1 NON.....2	
3 _____ (PRECISER)123	OUI.....1 NON.....2	

305 VERIFIER 303: AUCUN "OUI" (N'A JAMAIS UTILISE) AU MOINS UN "OUI" (A UTILISE) → PASSER A 308

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
306	Avez-vous déjà utilisé ou essayé un moyen quelconque pour retarder ou éviter de tomber enceinte?	OUI..... <input type="checkbox"/> NON..... <input type="checkbox"/>	→326
307	Quel(s) moyen(s) ou méthode(s) avez-vous utilisé(s)? CORRIGER 303-305 (ET 302 SI NECESSAIRE)		
308	Combien d'enfants vivants aviez-vous au moment où, pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte. SI AUCUN, INSCRIRE '00'.	NOMBRE D'ENFANTS..... <input type="text"/>	
309	VERIFIER 225: PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SURE		→326
310	VERIFIER 303: FEMME NON STERILISEE <input type="checkbox"/> FEMME STERILISEE <input type="checkbox"/>		→312A
311	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2	→326
312	Quelle méthode utilisez-vous actuellement?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTIONS.....03 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....04 CONDOM.....05 STERILISATION FEMININE.....06 STERILISATION MASCULINE.....07 CONTINENCE PERIODIQUE.....08 ABSTINENCE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE.....11 (PRECISER)	→314 →319 →325
312A	ENCERCLER '06' POUR LA STERILISATION FEMININE		
313	Quand vous avez utilisé la continence périodique la dernière fois, comment avez-vous déterminé les jours où il fallait éviter d'avoir des rapports sexuels?	CALCUL DES JOURS/CALENDRIER.....1 TEMPERATURE DU CORPS.....2 METHODE DU MUCUS CERVICAL (BILLINGS).....3 TEMPERATURE CORPS ET MUCUS.....4 AUTRE.....5 (PRECISER)	→325
314	Au moment où vous avez commencé à utiliser la pilule pour la première fois, avez-vous consulté un médecin, une sage-femme ou une infirmière?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
315	Au moment où vous vous êtes procuré des pilules la dernière fois, avez-vous consulté un médecin, une sage-femme ou une infirmière?	OUI.....1 NON.....2	
316	Puis-je voir le paquet des pilules que vous utilisez en ce moment? (NOTER LE NOM DES PILULES)	EMBALLAGE VU.....1 NOM DES PILULES..... <input type="text"/> EMBALLAGE NON VU.....2	→318
317	Connaissez-vous le nom des pilules que vous utilisez en ce moment? (NOTER LE NOM DES PILULES)	NOM DES PILULES..... <input type="text"/> NSP NOM DES PILULES.....98	
318	Combien vous coûte une boîte de pilules? (NOTER LE PRIX)	PRIX..... <input type="text"/> GRATUIT.....9996 NSP.....9998	
318A	Pour combien de cycles utilisez-vous cette boîte de pilules? (NOTER LE NOMBRE DE CYCLES)	NOMBRE DE CYCLES..... <input type="text"/>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A									
319	<p>VERIFIER 312:</p> <p>ELLE/IL EST STERILISE <input type="checkbox"/></p> <p>EST-CE FACILE OU DIFFICILE DE SE FAIRE STERILISER?</p> <p>UTILISE UNE AUTRE METHODE <input type="checkbox"/></p> <p>EST-CE FACILE OU DIFFICILE DE SE PROCURER (METHODE)?</p>	<p>FACILE.....1</p> <p>DIFFICILE.....2</p>										
320	<p>VERIFIER 312:</p> <p>ELLE/IL EST STERILISE <input type="checkbox"/></p> <p>OÙ AVEZ-VOUS FAIT FAIRE LA STÉRILISATION?/OÙ VOTRE MARI/CONJOINT A FAIT FAIRE LA STÉRILISATION?</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>UTILISE UNE AUTRE METHODE <input type="checkbox"/></p> <p>OÙ AVEZ-VOUS OBTENU (METHODE) LA DERNIÈRE FOIS?</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL PUBLIC.....11</p> <p>P.M.I.....12</p> <p>CENTRE DE SANTE PUBLIC.....13</p> <p>PROPHARMACIE.....14</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOP. PRIVE CONFESSIONNEL.....21</p> <p>HOP. PRIVE LAIC/CLINIQUE.....22</p> <p>DISPENSARE MISSIONNAIRE.....23</p> <p>PHARMACIE.....24</p> <p>AUTRE SECTEUR PRIVE</p> <p>EGLISE.....31</p> <p>CONNAISSANCES/PARENTES.....32</p> <p>AUTRE.....41</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>	→323									
321	<p>Combien de temps faut-il pour aller de chez vous à (NOM DE L'ENDROIT)?</p> <p>SI 90 MINUTES OU MOINS, ENREGISTRER EN MINUTES. DANS LES AUTRES CAS, ENREGISTRER EN HEURES, OU EN JOURS.</p>	<p>MINUTES.....</p> <table border="1"> <tr><td>1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td></tr> </table> <p>HEURES.....</p> <p>JOURS.....</p> <p>NSP.....998</p>	1			2			3			
1												
2												
3												
322	<p>Est-ce facile ou difficile de se rendre à (NOM DE L'ENDROIT)?</p>	<p>FACILE.....1</p> <p>DIFFICILE.....2</p>										
323	<p>VERIFIER 312:</p> <p>ELLE/IL EST STERILISE(E) <input type="checkbox"/></p> <p>UTILISE UNE AUTRE METHODE <input type="checkbox"/></p>		→325									
324	<p>En quel mois et quelle année avez-vous (a-t-il) été stérilisé(e)?</p>	<p>MOIS.....</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table> <p>ANNEE.....</p>					→337					
325	<p>Depuis combien de mois utilisez-vous (METHODE ACTUELLE) de façon continue?</p> <p>SI MOINS DE 1 MOIS, NOTER '00'.</p>	<p>MOIS.....</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table> <p>8 ANS OU PLUS.....96</p>			→337							
326	<p>Avez-vous l'intention d'utiliser une méthode pour éviter de tomber enceinte dans l'avenir?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	→330 →333									
327	<p>Quelle méthode préféreriez-vous utiliser?</p>	<p>PILULE.....01</p> <p>DIU.....02</p> <p>INJECTIONS.....03</p> <p>DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....04</p> <p>CONDOM.....05</p> <p>STERILISATION FEMININE.....06</p> <p>STERILISATION MASCULINE.....07</p> <p>CONTINENCE PERIODIQUE.....08</p> <p>ABSTINENCE.....09</p> <p>RETRAIT.....10</p> <p>AUTRE.....11</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>										
328	<p>Dans combien de temps avez-vous l'intention d'utiliser (METHODE PREFEREE)?</p> <p>SI 1 MOIS OU PLUS, INSCRIRE LE NOMBRE DE MOIS</p> <p>SI NON, ENCERCLER LE CODE APPROPRIE</p>	<p>MOIS.....</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table> <p>MOINS DE 1 MOIS.....96</p> <p>NSP.....98</p>			→331							
329	<p>Pourquoi n'utilisez-vous pas (METHODE PREFEREE) dès maintenant?</p>	<p>ENCEINTE.....01</p> <p>AMENORRHEE/ALLAITEMENT.....02</p> <p>PARTENAIRE DESAPPROUVE.....03</p> <p>VEUT DES ENFANTS.....04</p> <p>COUT TROP ELEVE.....05</p> <p>PROBLEMES DE SANTE.....06</p> <p>DIFFICILE A OBTENIR.....07</p> <p>FAMILLE DESAPPROUVE.....08</p> <p>RAPPORTS SEX. PEU FREQUENTS.....09</p> <p>NON MARIEE.....10</p> <p>AUTRE.....11</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>	→331									

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A												
330	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas l'intention d'utiliser une méthode?	VEUT DES ENFANTS.....01 MANQUE D'INFORMATION.....02 PARTENAIRE DESAPPROUVE.....03 COUT TROP ELEVE.....04 EFFETS SECONDAIRES.....05 PROBLEMES DE SANTE.....06 DIFFICILE A OBTENIR.....07 RELIGION.....08 OPPOSEE A LA PLANIF. FAMILIALE.09 FATALISTE/CA DEPEND DE DIEU...10 FAMILLE DESAPPROUVE.....11 RAPPORTS SEX. PEU FREQUENTS...12 DIFFICULTE A TOMBER ENCEINTE...13 MENOPAUSE/STERILISATION.....14 MALCOMMODE.....15 NON MARIEE.....16 AUTRE.....17 (PRECISER) NSP.....98													
331	VERIFIER 327 POUR LA METHODE PREFEREE CODES 1-7 ENTOURES	Q.327 NON POSEE <input type="checkbox"/> → 333 CODES 8-11 OU 98 ENTOURES <input type="checkbox"/> → 333													
332	Où pouvez-vous vous procurer (METHODE CITEE A 327) le plus facilement? _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....11 P.M.I.....12 CENTRE DE SANTE PUBLIC.....13 PHARMACIE.....14 SECTEUR MEDICAL PRIVE HOP. PRIVE CONFESSIONNEL.....21 HOP. PRIVE LAIC/CLINIQUE.....22 DISPENSAIRE MISSIONNAIRE.....23 PHARMACIE.....24 AUTRE SECTEUR PRIVE EGLISE.....31 CONNAISSANCES/PARENTES.....32 AUTRE.....41 (PRECISER) NSP.....98	→335 →337												
333	Connaissez-vous un endroit où on peut se procurer une méthode de planification familiale?	OUI.....1 NON.....2	→337												
334	Quel endroit connaissez-vous où on peut se procurer le plus facilement une méthode de planification familiale? _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....11 P.M.I.....12 CENTRE DE SANTE PUBLIC.....13 PHARMACIE.....14 SECTEUR MEDICAL PRIVE HOP. PRIVE CONFESSIONNEL.....21 HOP. PRIVE LAIC/CLINIQUE.....22 DISPENSAIRE MISSIONNAIRE.....23 PHARMACIE.....24 AUTRE SECTEUR PRIVE EGLISE.....31 CONNAISSANCES/PARENTES.....32 AUTRE.....41 (PRECISER)	→337												
335	Combien de temps faut-il pour aller de chez vous à (NOM DE L'ENDROIT)? SI 90 MINUTES OU MOINS, ENREGISTRER EN MINUTES. DANS LES AUTRES CAS, ENREGISTRER EN HEURES, OU EN JOURS.	MINUTES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3</td><td></td><td></td></tr></table> HEURES..... JOURS..... NSP.....98	1			2			3						
1															
2															
3															
336	Est-ce facile ou difficile de se rendre à (NOM DE L'ENDROIT)?	FACILE.....1 DIFFICILE.....2													
337	Au cours du mois dernier, avez-vous entendu ou lu un message sur le planning familial: à la radio? à la télévision? dans un journal/revue ou sur une affiche?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RADIO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>JOURNAL/REVUE/AFFICHE..</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	RADIO.....	1	2	TELEVISION.....	1	2	JOURNAL/REVUE/AFFICHE..	1	2	
	OUI	NON													
RADIO.....	1	2													
TELEVISION.....	1	2													
JOURNAL/REVUE/AFFICHE..	1	2													
338	Etes-vous pour ou contre la diffusion d'informations sur le planning familial à la radio ou à la télévision?	POUR/BON.....1 CONTRE/MAUVAIS.....2 NSP.....8													

SECTION 4.A. GROSSESSE ET ALLAITEMENT

401	VERIFIER 224 : UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANV. 1986	AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1986			PASSER A 601		
402	INSCRIRE LE N° DE LIGNE, LE NOM ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1986 DANS LE TABLEAU. POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES EN COMMENÇANT PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE TROIS NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE.) Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur l'état de santé des enfants que vous avez eus au cours des cinq dernières années. Nous commencerons par la dernière naissance que vous avez eue.						
	N° DE LIGNE DE LA Q. 214	<input type="text"/>					
	SELON Q. 214 ET Q. 218	DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISS.		AV. AVANT-DERNIERE NAISS.	
		NOM		NOM		NOM	
		VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>		VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>		VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	
403	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard ou vouliez-vous ne plus avoir d'enfant?	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405)←					
		PLUS TARD.....2					
		NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 405)←					
404	Combien de temps auriez-vous voulu attendre?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>					
		ANNEES..... <input type="text"/> <input type="text"/>					
		NSP.....99B	NSP.....99B	NSP.....99B	NSP.....99B	NSP.....99B	NSP.....99B
405	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous consulté quelqu'un pour des soins prénatals concernant cette grossesse? SI OUI: Qui avez-vous consulté? Quelqu'un d'autre? INSISTER SUR LE GENRE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIER/INFIRMIERE SAGE-FEMME.....B AIDE SOIGNANTE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D AUTRE.....E (PRECISER) NON/PERSONNE.....F (PASSER A 409)←	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIER/INFIRMIERE SAGE-FEMME.....B AIDE SOIGNANTE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D AUTRE.....E (PRECISER) NON/PERSONNE.....F (PASSER A 409)←	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIER/INFIRMIERE SAGE-FEMME.....B AIDE SOIGNANTE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D AUTRE.....E (PRECISER) NON/PERSONNE.....F (PASSER A 409)←	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIER/INFIRMIERE SAGE-FEMME.....B AIDE SOIGNANTE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D AUTRE.....E (PRECISER) NON/PERSONNE.....F (PASSER A 409)←	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIER/INFIRMIERE SAGE-FEMME.....B AIDE SOIGNANTE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D AUTRE.....E (PRECISER) NON/PERSONNE.....F (PASSER A 409)←	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIER/INFIRMIERE SAGE-FEMME.....B AIDE SOIGNANTE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D AUTRE.....E (PRECISER) NON/PERSONNE.....F (PASSER A 409)←
406	Avez-vous un carnet de consultation prénatale pour cette grossesse? SI OUI: Puis-je le voir, s'il vous plaît?	OUI, VU.....1					
		OUI, NON VU.....2					
		NON, PAS DE CARNET.....3					
		NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8
407	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez consulté quelqu'un pour la première fois concernant cette grossesse? VERIFIER SUR LE CARNET DE CONSULTATION PRENATALE	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>					
		NSP.....9B	NSP.....9B	NSP.....9B	NSP.....9B	NSP.....9B	NSP.....9B
408	Combien de visites prénatales avez-vous fait pendant cette grossesse? VERIFIER SUR LE CARNET DE CONSULTATION PRENATALE	NOMBRE DE VISITES.. <input type="text"/> <input type="text"/>					
		NSP.....9B	NSP.....9B	NSP.....9B	NSP.....9B	NSP.....9B	NSP.....9B
409	Quand vous étiez enceinte de (NOM) vous a-t-on fait une piqûre dans le bras pour éviter au bébé d'attraper le tétanos, c'est-à-dire les convulsions après la naissance? VERIFIER SUR LE CARNET DE CONSULTATION PRENATALE	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1
		NON.....2 (PASSER A 411)←					
		NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8
410	Au cours de la grossesse, combien de fois avez-vous eu cette piqûre? VERIFIER SUR LE CARNET DE CONSULTATION PRENATALE	NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/>					
		NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8

N° DE LIGNE DE LA Q. 214				
	DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS.	AV. AVANT-DERNIERE NAISS.	
	NOM	NOM	NOM	
411	OÙ avez-vous accouché de (NOM)?	A LA MAISON.....11 SECTEUR PUBLIC MATERNITE.....21 HOPITAL PUBLIC.....22 CENTRE SANTE PUBLIC.....23 SECTEUR PRIVE HOP.PRIVE CONFESS.....31 HOP.PRIV.LAIC/CLINIQUE.32 DISPENS. MISSION.....33 AUTRE.....41 (PRECISER)	A LA MAISON.....11 SECTEUR PUBLIC MATERNITE.....21 HOPITAL PUBLIC.....22 CENTRE SANTE PUBLIC.....23 SECTEUR PRIVE HOP.PRIVE CONFESS.....31 HOP.PRIV.LAIC/CLINIQUE.32 DISPENS. MISSION.....33 AUTRE.....41 (PRECISER)	A LA MAISON.....11 SECTEUR PUBLIC MATERNITE.....21 HOPITAL PUBLIC.....22 CENTRE SANTE PUBLIC.....23 SECTEUR PRIVE HOP.PRIVE CONFESS.....31 HOP.PRIV.LAIC/CLINIQUE.32 DISPENS. MISSION.....33 AUTRE.....41 (PRECISER)
412	Qui vous a assisté à l'accouchement de (NOM)? INSISTER SUR LE GENRE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES.	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIER/INFIRMIERE SAGE-FEMME.....B AIDE SOIGNANTE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADI- TIONNELLE.....D PARENT.....E AUTRE.....F (PRECISER) PERSONNE.....G	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIER/INFIRMIERE SAGE-FEMME.....B AIDE SOIGNANTE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADI- TIONNELLE.....D PARENT.....E AUTRE.....F (PRECISER) PERSONNE.....G	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIER/INFIRMIERE SAGE-FEMME.....B AIDE SOIGNANTE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADI- TIONNELLE.....D PARENT.....E AUTRE.....F (PRECISER) PERSONNE.....G
413	(NOM) est-il/elle né(e) à terme, c'est-à-dire au bon moment, ou prématurément, c'est-à-dire trop tôt?	A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8	A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8	A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8
414	A combien de mois de grossesse avez-vous accouché?	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98
415	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne, c'est à dire vous a-t-on ouvert le ventre pour sortir l'enfant?	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
416	(NOM) a-t-il/elle été pesé(e) à la naissance?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 418) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 418) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 418) ←
417	Combien pesait-il/elle?	GRAMMES..... <input type="text"/> NSP.....9998	GRAMMES..... <input type="text"/> NSP.....9998	GRAMMES..... <input type="text"/> NSP.....9998
418	Quand (NOM) est né(e), était-il/elle: plus gros(se) que la moyenne, moyen(ne), plus petit(e) que la moyenne, très petit(e)?	PLUS GROS QUE MOYENNE...1 MOYEN.....2 PLUS PETIT QUE MOYENNE...3 TRES PETIT.....4 NSP.....8	PLUS GROS QUE MOYENNE...1 MOYEN.....2 PLUS PETIT QUE MOYENNE...3 TRES PETIT.....4 NSP.....8 (PASSER A 420)	PLUS GROS QUE MOYENNE...1 MOYEN.....2 PLUS PETIT QUE MOYENNE...3 TRES PETIT.....4 NSP.....8 (PASSER A 420)
419	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 421) ← NON.....2 (PASSER A 422) ←		
420	Vos règles sont-elles revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante?		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 424) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 424) ←
421	Après la naissance de (NOM), pendant combien de mois vous n'avez pas eu de règles?	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98
422	VOIR 225: FEMME ENCEINTE?	PAS ENCEINTE ENCEINTE OU PAS SURE (PASSER A 424)		
423	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 425) ←		
424	Après la naissance de (NOM), pendant combien de mois vous n'avez pas eu de rapports sexuels?	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98

N° DE LIGNE DE LA Q. 214							
		DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISS.		AV. AVANT-DERNIERE NAISS.	
		NOM		NOM		NOM	
425	Avez-vous allaité (NOM), même pendant peu de temps?	OUI.....1 (PASSER A 427)←	NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 434)←	NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 434)←	NON.....2
426	Pourquoi vous n'avez pas allaité (NOM)?	MERE MALADE/FAIBLE.....1 ENFANT MALADE/FAIBLE.....2 ENFANT DECEDE.....3 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....4 PAS DE LAIT.....5 TRAVAILLE.....6 ENFANT A REFUSE.....7 AUTRE.....8 (PRECISER) (PASSER A 436)←	MERE MALADE/FAIBLE.....1 ENFANT MALADE/FAIBLE.....2 ENFANT DECEDE.....3 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....4 PAS DE LAIT.....5 TRAVAILLE.....6 ENFANT A REFUSE.....7 AUTRE.....8 (PRECISER) (PASSER A 436)←	MERE MALADE/FAIBLE.....1 ENFANT MALADE/FAIBLE.....2 ENFANT DECEDE.....3 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....4 PAS DE LAIT.....5 TRAVAILLE.....6 ENFANT A REFUSE.....7 AUTRE.....8 (PRECISER) (PASSER A 436)←	MERE MALADE/FAIBLE.....1 ENFANT MALADE/FAIBLE.....2 ENFANT DECEDE.....3 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....4 PAS DE LAIT.....5 TRAVAILLE.....6 ENFANT A REFUSE.....7 AUTRE.....8 (PRECISER) (PASSER A 436)←	MERE MALADE/FAIBLE.....1 ENFANT MALADE/FAIBLE.....2 ENFANT DECEDE.....3 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....4 PAS DE LAIT.....5 TRAVAILLE.....6 ENFANT A REFUSE.....7 AUTRE.....8 (PRECISER) (PASSER A 436)←	MERE MALADE/FAIBLE.....1 ENFANT MALADE/FAIBLE.....2 ENFANT DECEDE.....3 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....4 PAS DE LAIT.....5 TRAVAILLE.....6 ENFANT A REFUSE.....7 AUTRE.....8 (PRECISER) (PASSER A 436)←
427	Après la naissance de (NOM), ou bout de combien de temps l'avez-vous mis(e) au sein pour la première fois? SI MOINS DE 1 HEURE, NOTER '00'. SI MOINS DE 24 HEURES, ENREGISTRER EN HEURES. DANS LES AUTRES CAS, ENREGISTRER EN JOURS.	IMMEDIATEMENT.....000 HEURES..... JOURS.....	1 2				
428	VOIR 218: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/>	DECEDE <input type="checkbox"/>				
429	Allaitiez-vous encore (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 434)←					
430	Combien de fois avez-vous al- laité la nuit dernière entre le coucher et le lever du soleil? (SI REPONSE NON NUMERIQUE, IN- SISTER POUR EVALUER LE NOMBRE)	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE NUIT					
431	Combien de fois avez-vous allaité hier, entre le lever et le coucher du soleil? (SI REPONSE NON NUMERIQUE, IN- SISTER POUR EVALUER LE NOMBRE)	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR					
432	Hier ou la nuit dernière, avez-vous donné à (NOM) un ou plusieurs boissons ou aliments suivant:						
	Eau minérale?	EAU MINERALE.....1 2	OUI NON				
	Eau de la maison?	EAU DE LA MAISON.....1 2					
	Eau sucrée?	EAU SUCREE.....1 2					
	Jus?	JUS.....1 2					
	Tisane?	TISANE.....1 2					
	Lait en boîte pour bébé?	LAIT EN BOITE BEBE.....1 2					
	Lait frais?	LAIT FRAIS.....1 2					
	Lait en boîte ou en poudre?	LAIT EN BOITE/POUDRE..1 2					
	Autres liquides?	AUTRES LIQUIDES.....1 2					
	Aliment solide ou en bouillie?	ALIMENT SOLIDE/ EN BOUILLIE.....1 2					
433	VOIR 432 : BOISSON OU ALIMENT DONNE HIER OU LA NUIT DERNIERE	"OUI" POUR UN OU PLUS <input type="checkbox"/>	AUCUN "OUI" <input type="checkbox"/>				
		(PASSER A 438)	(PASSER A 437)				

N° DE LIGNE DE LA Q. 214				
		DERNIERE NAISSANCE NOM	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM
434	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM)? SI MOINS DE 1 MOIS, INSCRIRE 00.	MOIS..... JUSQU'A SON DECES.....95 (PASSER A 437) ←	MOIS..... JUSQU'A SON DECES.....95 (PASSER A 437) ←	MOIS..... JUSQU'A SON DECES.....95 (PASSER A 437) ←
435	Pourquoi avez-vous arrêté d'allaiter (NOM)?	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 PAS DE LAIT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBE ENCEINTE.....09 AUTRE.....10 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 PAS DE LAIT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBE ENCEINTE.....09 AUTRE.....10 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 PAS DE LAIT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBE ENCEINTE.....09 AUTRE.....10 (PRECISER)
436	VOIR 218: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 438)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 438)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 438)
437	Avez-vous donné à (NOM) de l'eau, quelque chose d'autre à boire, ou n'importe quelle nourriture autre que le lait maternel?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 441) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 441) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 441) ←
438	Combien de mois avait (NOM) quand vous avez commencé à lui donner un ou plusieurs boissons ou aliments suivants de façon régulière: Lait en boîte ou lait autre que le lait maternel? Eau? Autre liquide? Aliment solide ou en bouillie? SI MOINS DE 1 MOIS, NOTER '00'.	AGE EN MOIS..... JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... JAMAIS DONNE.....96	AGE EN MOIS..... JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... JAMAIS DONNE.....96 (PASSER A 441)	AGE EN MOIS..... JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... JAMAIS DONNE.....96 (PASSER A 441)
439	VOIR 218: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 441)		
440	(NOM) a-t-il/elle bu quelque chose au biberon, hier ou la nuit dernière?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8		
441	Selon vous, pendant combien de temps une femme devrait allaiter son enfant? SI MOINS DE 1 MOIS, INSCRIRE 00.	NOMBRE DE MOIS..... JAMAIS.....96 NSP.....98		
442	RETOURNER A 403 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A 443.			

SECTION 4.B. IMMUNISATION ET SANTE

443			
INSCRIRE LE N° DE LIGNE, LE NOM ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1986 DANS LE TABLEAU. POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES EN COMMENÇANT PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE TROIS NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE.)			
N° DE LIGNE DE LA q. 214		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS.
		NOM	NOM
		AV. AVANT-DERNIERE NAISS.	NOM
444			
Avez-vous le carnet ou la carte de vaccination de (NOM)?		OUI, VU.....1 (PASSER A 446)←	OUI, VU.....1 (PASSER A 446)←
SI OUI: Puis-je le (la) voir, s'il vous plaît?		OUI, NON VU.....2 (PASSER A 448)←	OUI, NON VU.....2 (PASSER A 448)←
		PAS DE CARNET.....3	PAS DE CARNET.....3
445			
Avez-vous jamais eu un carnet ou une carte de vaccination pour (NOM)?		OUI.....1 (PASSER A 448)←	OUI.....1 (PASSER A 448)←
		NON.....2	NON.....2
446			
(1)COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN A PARTIR DE LA CARTE. (2)SI LA CARTE INDIQUE QU'UN VACCIN A ETE FAIT, MAIS QUE LA DATE N'EST PAS REPORTEE, INSCRIRE '44' A LA COLONNE JOUR (3)SI LE VACCIN N'A PAS ETE FAIT NE RIEN INSCRIRE.		JOUR MOIS ANNEE	JOUR MOIS ANNEE
BCG?		BCG	BCG
POLIO 1?		P1	P1
POLIO 2?		P2	P2
POLIO 3?		P3	P3
DTCOq 1?		D1	D1
DTCOq 2?		D2	D2
DTCOq 3?		D3	D3
ROUGELE?		ROU	ROU
FIEVRE JAUNE?		F.J	F.J
447			
(NOM) a-t-il/elle reçu un vaccin qui n'est pas inscrit sur ce carnet ou carte?		OUI.....1 (VERIFIER LE TYPE DE VACCIN ET NOTER '66' A LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR A 446)	OUI.....1 (VERIFIER LE TYPE DE VACCIN ET NOTER '66' A LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR A 446)
SI OUI: Quel vaccin?		NON.....2 (PASSER A 450)	NON.....2 (PASSER A 450)
N'ENCERCLER 'OUI' QUE SI LE(S) VACCIN(S) CITE(S) SONT: BCG, POLIO, DTCOq, ROUGELE, ET/OU FIEVRE JAUNE.		NSP.....8	NSP.....8
448			
(NOM) a-t-il/elle jamais reçu de vaccination pour lui éviter d'attraper des maladies?		OUI.....1 (PASSER A 450)←	OUI.....1 (PASSER A 450)←
		NON.....2	NON.....2
		NSP.....8	NSP.....8
449			
S'il vous plaît, dites-moi si (NOM) a reçu une des vaccinations suivantes:			
Une vaccination du BCG, c'est-à-dire une piqûre dans le bras qui a laissé une cicatrice?		OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
Une vaccination contre la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche?		OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
SI OUI: Combien de fois?		NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>
		NSP.NOMBRE DE FOIS.....8	NSP.NOMBRE DE FOIS.....8
Une vaccination du DTCOq (ou DTCOq-polio) c'est-à-dire une piqûre dans l'épaule?		OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
SI OUI: Combien de fois?		NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>
		NSP.NOMBRE DE FOIS.....8	NSP.NOMBRE DE FOIS.....8
Une injection contre la rougeole?		OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
Une vaccination contre la fièvre jaune, c'est-à-dire une piqûre dans l'épaule?		OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8

N° DE LIGNE DE LA Q. 214				
		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS.	AV. AVANT-DERNIERE NAISS.
		NOM	NOM	NOM
450	VOIR 218: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 452)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 452)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 452)
451 RETOURNER A 444 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A 479				
452	(NOM) a-t-il/elle eu de la fièvre durant les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
453	(NOM) a-t-il/elle souffert de toux durant les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 456)←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 456)←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 456)←
454	Combien de temps a duré la toux ? (Depuis combien de temps dure la toux?)	JOURS..... (SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00')	JOURS..... (SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00')	JOURS..... (SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00')
455	Quand (NOM) souffrait de la toux, avait-il/elle la respiration plus rapide que d'habitude, c'est-à-dire une respiration courte et rapide?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
456	VOIR 452 ET 453: FIEVRE OU TOUX?	"OUI" DANS 452 OU 453 <input type="checkbox"/> AUTRE (PASSER A 461)	"OUI" DANS 452 OU 453 <input type="checkbox"/> AUTRE (PASSER A 461)	"OUI" DANS 452 OU 453 <input type="checkbox"/> AUTRE (PASSER A 461)
457	Avez-vous amené (NOM) en consultation ou voir quelqu'un quand il/elle souffrait de la fièvre/toux?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 459)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 459)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 459)←
458	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la fièvre/toux de (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 460)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 460)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 460)←
459	Où avez-vous amené (NOM)?	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A P.M.I.....B CENTRE DE SANTE PUBLIC...C PROPHARMACIE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE HOP. PRIVE CONFESSION...E HOP. PRIVE LAIC/CLINIQ...F DISPENSARE MISSION...G PHARMACIE.....H CABINET MEDECIN PRIVE...I AUTRE SECTEUR PRIVE CONNAISSANCES/PARENTES...J GUERISSEUR TRADITION...K AUTRE.....L (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A P.M.I.....B CENTRE DE SANTE PUBLIC...C PROPHARMACIE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE HOP. PRIVE CONFESSION...E HOP. PRIVE LAIC/CLINIQ...F DISPENSARE MISSION...G PHARMACIE.....H CABINET MEDECIN PRIVE...I AUTRE SECTEUR PRIVE CONNAISSANCES/PARENTES...J GUERISSEUR TRADITION...K AUTRE.....L (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A P.M.I.....B CENTRE DE SANTE PUBLIC...C PROPHARMACIE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE HOP. PRIVE CONFESSION...E HOP. PRIVE LAIC/CLINIQ...F DISPENSARE MISSION...G PHARMACIE.....H CABINET MEDECIN PRIVE...I AUTRE SECTEUR PRIVE CONNAISSANCES/PARENTES...J GUERISSEUR TRADITION...K AUTRE.....L (PRECISER)
459A	Où avez-vous obtenu des conseils ou un traitement pour la fièvre/toux de (NOM)? Quelque part ailleurs? (ENTOURER TOUT CE QUI EST CITE)	PAS DE TRAITEMENT.....A INJECTION.....B NIVAQUINE/FLAVOQUINE/QUINIMAX/RESOCHINE/CAMOQUIN AUTRE ANTI-PALUDEEN...C ASPIRINE/ASPRO/APC.....D PHENSIC.....E PILULE/SIROP ANTI-BIOTIQUE.....F SIROP CONTRE TOUX.....G AUTRE PILULE/SIROP.....H REMEDE TRADITIONNEL...I AUTRE.....J (PRECISER)	PAS DE TRAITEMENT.....A INJECTION.....B NIVAQUINE/FLAVOQUINE/QUINIMAX/RESOCHINE/CAMOQUIN AUTRE ANTI-PALUDEEN...C ASPIRINE/ASPRO/APC.....D PHENSIC.....E PILULE/SIROP ANTI-BIOTIQUE.....F SIROP CONTRE TOUX.....G AUTRE PILULE/SIROP.....H REMEDE TRADITIONNEL...I AUTRE.....J (PRECISER)	PAS DE TRAITEMENT.....A INJECTION.....B NIVAQUINE/FLAVOQUINE/QUINIMAX/RESOCHINE/CAMOQUIN AUTRE ANTI-PALUDEEN...C ASPIRINE/ASPRO/APC.....D PHENSIC.....E PILULE/SIROP ANTI-BIOTIQUE.....F SIROP CONTRE TOUX.....G AUTRE PILULE/SIROP.....H REMEDE TRADITIONNEL...I AUTRE.....J (PRECISER)
460	Est-ce que quelque chose a été donné à (NOM) pour traiter la fièvre/toux? SI OUI: De quoi s'agit-il? Quelque chose d'autre? (ENTOURER TOUT CE QUI EST CITE)	PAS DE TRAITEMENT.....A INJECTION.....B NIVAQUINE/FLAVOQUINE/QUINIMAX/RESOCHINE/CAMOQUIN AUTRE ANTI-PALUDEEN...C ASPIRINE/ASPRO/APC.....D PHENSIC.....E PILULE/SIROP ANTI-BIOTIQUE.....F SIROP CONTRE TOUX.....G AUTRE PILULE/SIROP.....H REMEDE TRADITIONNEL...I AUTRE.....J (PRECISER)	PAS DE TRAITEMENT.....A INJECTION.....B NIVAQUINE/FLAVOQUINE/QUINIMAX/RESOCHINE/CAMOQUIN AUTRE ANTI-PALUDEEN...C ASPIRINE/ASPRO/APC.....D PHENSIC.....E PILULE/SIROP ANTI-BIOTIQUE.....F SIROP CONTRE TOUX.....G AUTRE PILULE/SIROP.....H REMEDE TRADITIONNEL...I AUTRE.....J (PRECISER)	PAS DE TRAITEMENT.....A INJECTION.....B NIVAQUINE/FLAVOQUINE/QUINIMAX/RESOCHINE/CAMOQUIN AUTRE ANTI-PALUDEEN...C ASPIRINE/ASPRO/APC.....D PHENSIC.....E PILULE/SIROP ANTI-BIOTIQUE.....F SIROP CONTRE TOUX.....G AUTRE PILULE/SIROP.....H REMEDE TRADITIONNEL...I AUTRE.....J (PRECISER)
461	(NOM) a-t-il/elle eu la diarrhée durant les deux dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 463)←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 463)←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 463)←
462 RETOURNER A 444 POUR L'ENFANT SUIVANT; OU, S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, PASSER A 479				
463	(NOM) a-t-il/elle eu la diarrhée durant les dernières 24 heures?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
464	Combien de temps a duré la diarrhée? (Depuis combien de temps dure la diarrhée?)	JOURS..... (SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00')	JOURS..... (SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00')	JOURS..... (SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00')

N° DE LIGNE DE LA Q. 214								
		DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISS.		AV. AVANT-DERNIERE NAISS.		
		NOM		NOM		NOM		
465	Y avait-il du sang dans les selles?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 469)					
466	VOIR 425/429: DERNIER ENFANT ENCORE ALLAITE?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (PASSER A 469)						
467	Quand (NOM) avait la diarrhée, avez-vous changé le nombre d'allaitements?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 469)						
468	Pendant la diarrhée, avez-vous augmenté ou réduit le nombre d'allaitements, ou avez-vous arrêté complètement?	AUGMENTE.....1 REDUIT.....2 ARRETE COMPLETEMENT.....3						
469	Pendant la diarrhée de (NOM), en dehors du lait maternel, lui avez-vous donné à boire la même quantité, plus ou moins qu'avant la diarrhée?	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	
470	(NOM) a-t-il/elle reçu un liquide préparé à partir d'un sachet spécial contre la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
471	(NOM) a-t-il/elle reçu un liquide recommandé par le personnel de santé et préparé à la maison avec du sucre, du sel et de l'eau pour le traitement de la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
472	VOIR 470 ET 471: ENFANT A REÇU LIQUIDE D'UN SACHET (470) ET/OU LIQUIDE RECOMMANDE FAIT A LA MAISON(471)?	OUI, A REÇU UN LIQUIDE (SAC./MAISON) <input type="checkbox"/> PAS DE LIQUIDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 474)	OUI, A REÇU UN LIQUIDE (SAC./MAISON) <input type="checkbox"/> PAS DE LIQUIDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 474)	OUI, A REÇU UN LIQUIDE (SAC./MAISON) <input type="checkbox"/> PAS DE LIQUIDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 474)	OUI, A REÇU UN LIQUIDE (SAC./MAISON) <input type="checkbox"/> PAS DE LIQUIDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 474)	OUI, A REÇU UN LIQUIDE (SAC./MAISON) <input type="checkbox"/> PAS DE LIQUIDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 474)	OUI, A REÇU UN LIQUIDE (SAC./MAISON) <input type="checkbox"/> PAS DE LIQUIDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 474)	
473	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle reçu ce liquide? SI MOINS DE 11 JOUR, NOTER '00'	JOURS..... <input type="text"/> NSP.....98						
474	A-t-il/elle reçu quelque chose contre la diarrhée (autre que ce liquide)?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 476)						
475	Qu'est-ce qui a été donné (fait) pour traiter la diarrhée de (NOM)? Quelque chose d'autre? (ENTOURER CHAQUE CHOSE CITEE)	ERSEFLURIL/TYPHONICINE/ AUTRE ANTIBIOTIQUE.....A GANIDAN/CHARBON/IMMODIUM/ AUTRE ANTI-DIARRHEIQUE...B AUTRE PILULE OU SIROP....C INJECTION.....D PERFUSION.....E EAU DE RIZ/TISANE DE GOYAVE.....F AUTRE REMEDE TRADITION...G AUTRE.....H (PRECISER)	ERSEFLURIL/TYPHONICINE/ AUTRE ANTIBIOTIQUE.....A GANIDAN/CHARBON/IMMODIUM/ AUTRE ANTI-DIARRHEIQUE...B AUTRE PILULE OU SIROP....C INJECTION.....D PERFUSION.....E EAU DE RIZ/TISANE DE GOYAVE.....F AUTRE REMEDE TRADITION...G AUTRE.....H (PRECISER)	ERSEFLURIL/TYPHONICINE/ AUTRE ANTIBIOTIQUE.....A GANIDAN/CHARBON/IMMODIUM/ AUTRE ANTI-DIARRHEIQUE...B AUTRE PILULE OU SIROP....C INJECTION.....D PERFUSION.....E EAU DE RIZ/TISANE DE GOYAVE.....F AUTRE REMEDE TRADITION...G AUTRE.....H (PRECISER)	ERSEFLURIL/TYPHONICINE/ AUTRE ANTIBIOTIQUE.....A GANIDAN/CHARBON/IMMODIUM/ AUTRE ANTI-DIARRHEIQUE...B AUTRE PILULE OU SIROP....C INJECTION.....D PERFUSION.....E EAU DE RIZ/TISANE DE GOYAVE.....F AUTRE REMEDE TRADITION...G AUTRE.....H (PRECISER)	ERSEFLURIL/TYPHONICINE/ AUTRE ANTIBIOTIQUE.....A GANIDAN/CHARBON/IMMODIUM/ AUTRE ANTI-DIARRHEIQUE...B AUTRE PILULE OU SIROP....C INJECTION.....D PERFUSION.....E EAU DE RIZ/TISANE DE GOYAVE.....F AUTRE REMEDE TRADITION...G AUTRE.....H (PRECISER)	ERSEFLURIL/TYPHONICINE/ AUTRE ANTIBIOTIQUE.....A GANIDAN/CHARBON/IMMODIUM/ AUTRE ANTI-DIARRHEIQUE...B AUTRE PILULE OU SIROP....C INJECTION.....D PERFUSION.....E EAU DE RIZ/TISANE DE GOYAVE.....F AUTRE REMEDE TRADITION...G AUTRE.....H (PRECISER)	ERSEFLURIL/TYPHONICINE/ AUTRE ANTIBIOTIQUE.....A GANIDAN/CHARBON/IMMODIUM/ AUTRE ANTI-DIARRHEIQUE...B AUTRE PILULE OU SIROP....C INJECTION.....D PERFUSION.....E EAU DE RIZ/TISANE DE GOYAVE.....F AUTRE REMEDE TRADITION...G AUTRE.....H (PRECISER)
476	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la diarrhée de (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 478)						
477	Où avez-vous obtenu des conseils ou un traitement pour la diarrhée de (NOM)? Quelque part ailleurs? (ENTOURER TOUT CE QUI EST CITE)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A P.M.I.....B CENTRE DE SANTE PUBLIC...C PROPHARMACIE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE HOP. PRIVE CONFESSION...E HOP. PRIVE LAIC/CLINIQ...F DISPENSARE MISSION...G PHARMACIE.....H CABINET MEDECIN PRIVE...I AUTRE SECTEUR PRIVE CONNAISSANCES/PARENTES...J GUERISSEUR TRADITION...K AUTRE.....L (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A P.M.I.....B CENTRE DE SANTE PUBLIC...C PROPHARMACIE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE HOP. PRIVE CONFESSION...E HOP. PRIVE LAIC/CLINIQ...F DISPENSARE MISSION...G PHARMACIE.....H CABINET MEDECIN PRIVE...I AUTRE SECTEUR PRIVE CONNAISSANCES/PARENTES...J GUERISSEUR TRADITION...K AUTRE.....L (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A P.M.I.....B CENTRE DE SANTE PUBLIC...C PROPHARMACIE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE HOP. PRIVE CONFESSION...E HOP. PRIVE LAIC/CLINIQ...F DISPENSARE MISSION...G PHARMACIE.....H CABINET MEDECIN PRIVE...I AUTRE SECTEUR PRIVE CONNAISSANCES/PARENTES...J GUERISSEUR TRADITION...K AUTRE.....L (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A P.M.I.....B CENTRE DE SANTE PUBLIC...C PROPHARMACIE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE HOP. PRIVE CONFESSION...E HOP. PRIVE LAIC/CLINIQ...F DISPENSARE MISSION...G PHARMACIE.....H CABINET MEDECIN PRIVE...I AUTRE SECTEUR PRIVE CONNAISSANCES/PARENTES...J GUERISSEUR TRADITION...K AUTRE.....L (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A P.M.I.....B CENTRE DE SANTE PUBLIC...C PROPHARMACIE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE HOP. PRIVE CONFESSION...E HOP. PRIVE LAIC/CLINIQ...F DISPENSARE MISSION...G PHARMACIE.....H CABINET MEDECIN PRIVE...I AUTRE SECTEUR PRIVE CONNAISSANCES/PARENTES...J GUERISSEUR TRADITION...K AUTRE.....L (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A P.M.I.....B CENTRE DE SANTE PUBLIC...C PROPHARMACIE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE HOP. PRIVE CONFESSION...E HOP. PRIVE LAIC/CLINIQ...F DISPENSARE MISSION...G PHARMACIE.....H CABINET MEDECIN PRIVE...I AUTRE SECTEUR PRIVE CONNAISSANCES/PARENTES...J GUERISSEUR TRADITION...K AUTRE.....L (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A P.M.I.....B CENTRE DE SANTE PUBLIC...C PROPHARMACIE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE HOP. PRIVE CONFESSION...E HOP. PRIVE LAIC/CLINIQ...F DISPENSARE MISSION...G PHARMACIE.....H CABINET MEDECIN PRIVE...I AUTRE SECTEUR PRIVE CONNAISSANCES/PARENTES...J GUERISSEUR TRADITION...K AUTRE.....L (PRECISER)
478	RETOURNER A 444 POUR L'ENFANT SUIVANT; OU, S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, PASSER A 479							

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
479	VOIR 470: SOLUTION TRO NON REÇUE, 'NON' OU 'NSP' A Q. 470, OU Q. 470 NON POSEE	SOLUTION TRO REÇUE PAR UN ENFANT, 'OUI' A Q. 470	483
480	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé sachet OMS/sachet UNICEF/sachet de sel pour le traitement de la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2	482
481	Avez-vous déjà vu un sachet comme celui-ci auparavant? (MONTRER LE SACHET)	OUI.....1 NON.....2	485
482	Avez-vous déjà préparé une solution avec un de ces sachets pour traiter la diarrhée pour vous-même ou quelqu'un d'autre? (MONTRER LE SACHET)	OUI.....1 NON.....2	484
483	Quelle quantité d'eau utilisez-vous pour préparer le sachet OMS/sachet UNICEF/sachet de sel pour le traitement de la diarrhée?*	33 CL.....01 1/2 LITRE.....02 66 CL.....03 1 LITRE.....04 1 LITRE 1/2.....05 2 LITRES.....06 SELON INSTRUCTIONS DU SACHET.....07 AUTRE.....08 (PRECISER) NSP.....98	
484	Où pouvez-vous obtenir le sachet OMS/sachet UNICEF/sachet de sel pour le traitement de la diarrhée? INSISTER: Quelque part ailleurs? (ENTOURLER TOUS LES LIEUX CITES)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A P.M.I.....B CENTRE DE SANTE PUBLIC.....C PROPHARMACIE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE HOP. PRIVE CONFESIONNEL.....E HOP. PRIVE LAIC/CLINIQUE.....F DISPENSARE MISSIONNAIRE.....G PHARMACIE.....H CABINET MEDECIN PRIVE.....I AUTRE SECTEUR PRIVE CONNAISSANCES/PARENTES.....J BOUTIQUE/MARCHE.....K AUTRE.....L (PRECISER) NSP.....M	
485	VOIR 471: SOLUTION RECOMMANDEE FAITE A LA MAISON DONNEE A UN ENFANT (UN OUI A 471) SOLUTION RECOMMANDEE FAITE A LA MAISON NON DONNEE OU 471 NON POSEE		488
486	Avez-vous déjà entendu parler d'un liquide recommandé par le personnel de santé et préparé à la maison avec du sel, du sucre et de l'eau pour le traitement de la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2	501
487	Avez-vous déjà préparé à la maison un liquide recommandé par le personnel de santé avec du sel, du sucre et de l'eau pour le traitement de la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2	501
488	Où avez-vous obtenu l'information pour préparer à la maison le liquide recommandé par le personnel de santé avec du sel, du sucre et de l'eau pour le traitement de la diarrhée?	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....11 P.M.I.....12 CENTRE DE SANTE PUBLIC.....13 PROPHARMACIE.....14 SECTEUR MEDICAL PRIVE HOP. PRIVE CONFESIONNEL.....21 HOP. PRIVE LAIC/CLINIQUE.....22 DISPENSARE MISSIONNAIRE.....23 PHARMACIE.....24 CABINET MEDECIN PRIVE.....25 AUTRE SECTEUR PRIVE CONNAISSANCES/PARENTES.....31 GUERISSEUR TRADITIONNEL.....32 AUTRE.....41 (PRECISER)	
489	Quelle quantité d'eau utilisez-vous pour préparer à la maison le liquide recommandé par le personnel de santé pour le traitement de la diarrhée?*	33 CL.....01 1/2 LITRE.....02 66 CL.....03 1 LITRE.....04 1 LITRE 1/2.....05 2 LITRES.....06 AUTRE.....07 (PRECISER) NSP.....98	
490	Combien de morceaux de sucre utilisez-vous pour préparer à la maison le liquide recommandé par le personnel de santé pour le traitement de la diarrhée, lorsque vous utilisez (QUANTITE D'EAU DE Q.489)?	NOMBRE DE MORCEAUX..... <input type="text"/> AUTRE.....97 (PRECISER) NSP.....98	
491	Combien de cuillers à café de sel utilisez-vous pour préparer à la maison le liquide recommandé par le personnel de santé pour le traitement de la diarrhée, lorsque vous utilisez (QUANTITE D'EAU DE Q.489 ET NOMBRE DE MORCEAUX DE SUCRE DE Q.490)?	NOMBRE DE CUILLERS..... <input type="text"/> AUTRE.....97 (PRECISER) NSP.....98	

* Correspondance pour la quantité d'eau: Petite bière/Top = 33 Cl. Bouteille vin/sirop = 1 Litre
Grande bière/Top = 66 Cl. Bouteille eau minérale = 1 Litre 1/2

SECTION 5. CAUSES DES DECES

501	VERIFIER 214, 218 ET 224 UN OU PLUSIEURS ENFANTS DECEDES PARMIS LES NAISSANCES SURVENUES DEPUIS JANV. 1986	AUCUN ENFANT DECEDE PARMIS LES NAISSANCES SURVENUES DEPUIS JANV. 1986	(PASSER A 601)
502 INSCRIRE LE N° DE LIGNE, LE NOM ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1986 DANS LE TABLEAU. POSER LES QUESTIONS SEULEMENT A PROPOS DES ENFANTS DECEDES. SI PLUS DE 3 NAISS. DEPUIS JANV. 86, UTILISEZ UN 2ème QUEST.			
SELON Q. 214 ET Q. 218	DERNIERE NAISSANCE N° DE LIGNE Q. 214 <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (NAISS. SUIVANTE)	AVANT-DERNIERE NAISS. N° DE LIGNE Q. 214 <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (NAISS. SUIVANTE)	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. N° DE LIGNE Q. 214 <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 601)
Maintenant je voudrais vous poser quelques questions à propos de votre(vos) enfant(s) décédé(s) parmi les naissances que vous avez eues durant les cinq dernières années.			
503	Le décès de (NOM) a-t-il été causé par un accident ou par une maladie? SI LA FEMME REpond "ACCIDENT", INSISTER: S'agit-il d'un accident ou d'un accident lié à l'accouchement?	ACCIDENT.....1 ACCIDENT A L'ACCOUCHEMENT/PREMATURITE/MALFORMATION.....2 MALADIE/MAUVAIS SORT.....3 (PASSER A 505)←	ACCIDENT.....1 ACCIDENT A L'ACCOUCHEMENT/PREMATURITE/MALFORMATION.....2 MALADIE/MAUVAIS SORT.....3 (PASSER A 505)←
504	Quel genre d'accident?	CHUTE.....1 NOYADE.....2 ACCID. DE CIRCULATION...3 BRULURE.....4 INTOXICATION.....5 AUTRE.....6 (PRECISER) NSP.....8 (PASSER A Q. 502, NAISSANCE SUIVANTE)	CHUTE.....1 NOYADE.....2 ACCID. DE CIRCULATION...3 BRULURE.....4 INTOXICATION.....5 AUTRE.....6 (PRECISER) NSP.....8 (PASSER A Q. 502, NAISSANCE SUIVANTE)
505	Quelle est la maladie qui a causé la mort de (NOM)? NOTER LE NOM DES MALADIES CITEES PAR L'ENQUETEE	MALADIE(S): _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	MALADIE(S): _____ <input type="text"/> <input type="text"/>
506	Pendant la maladie qui a causé le décès de (NOM), l'avez-vous conduit quelque part pour une consultation? SI OUI: Où l'avez-vous amené? Quelque part ailleurs? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES CITEES	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A P.M.I.....B CENTRE DE SANTE PUBLIC...C PROPHARMACIE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE HOP. PRIVE CONFESSIION...E HOP. PRIVE LAIC/CLINIQU...F DISPENSAIRE MISSION.....G PHARMACIE.....H CABINET MEDECIN PRIVE...I AUTRE SECTEUR PRIVE GUERISSEUR TRADITION...J AUTRE.....K (PRECISER) NULLE PART.....L	SECTEUR PUBLIC HOPITAL PUBLIC.....A P.M.I.....B CENTRE DE SANTE PUBLIC...C PROPHARMACIE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE HOP. PRIVE CONFESSIION...E HOP. PRIVE LAIC/CLINIQU...F DISPENSAIRE MISSION.....G PHARMACIE.....H CABINET MEDECIN PRIVE...I AUTRE SECTEUR PRIVE GUERISSEUR TRADITION...J AUTRE.....K (PRECISER) NULLE PART.....L
507	Où s'est produit le décès de (NOM)?	MAISON.....1 ETAB. MEDICAL.....2 AUTRE.....3 (PRECISER)	MAISON.....1 ETAB. MEDICAL.....2 AUTRE.....3 (PRECISER)
508	Pendant les premiers jours de sa vie, est-ce que (NOM) tétait ou buvait bien?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A Q. 509)←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A Q. 509)←

VOIR 502, NOTER LE NUMERO DE LIGNE ET LE NOM DE LA DERNIERE NAISSANCE (SI DECEDEE), OU DE L'AVANT-DERNIERE NAISSANCE (SI DECEDEE) OU DE L'AV. AVANT-DERNIERE (SI DECEDEE), PUIS POSER Q.509 A Q.513

N° DE LIGNE
NOM _____

509 Durant la maladie qui a causé le décès, (NOM) a-t-il/elle eu (SYMPTOME)?		510 (SYMPTOME) était-il/elle grave?		511 Combien de temps avant le décès, (SYMPTOME) a-t-il/elle commencé?		512 (SYMPTOME) a-t-il/elle duré jusqu'au décès?		513 Combien de temps avant le décès (SYMPTOME) a-t-il/elle cessé?	
ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ POUR CHAQUE SYMPTOME, PUIS POSER LES QUESTIONS 510 A 513 OU PASSER AU SYMPTOME SUIVANT.				NOTER LA REPONSE DANS L'UNITE DE TEMPS UTILISEE PAR L'ENQUETEE				NOTER LA REPONSE DANS L'UNITE DE TEMPS UTILISEE PAR L'ENQUETEE	
01 DIARRHEE	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 03)←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	(PASSER A 02)←	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	02	
02 DIARRHEE AVEC SANG	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 03)←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	(PASSER A 03)←	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	03	
03 TOUX	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 04)←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	(PASSER A 04)←	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	04	
04 RESPIRATION COURTE ET RAPIDE	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 05)←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	(PASSER A 05)←	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	05	
05 FIEVRE	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 06)←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	(PASSER A 06)←	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	06	
06 CONVULSIONS	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 07)←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	(PASSER A 07)←	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	07	
07 BOUTONS SUR LE CORPS	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 08)←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	(PASSER A 08)←	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	08	
08 TRES MAIGRE	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 09)←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	(PASSER A 09)←	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	09	
09 VISAGE ET JAMBES ENFLES	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A)← Q.502 ENFANT SUIVANT DECEDE OU A Q.501	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	(PASSER A)← Q.502 ENFANT SUIVANT DECEDE OU A Q.501	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998 (PASSER A Q.502 ENFANT SUIVANT DECEDE, OU A Q.501)		

VOIR 502, NOTER LE NUMERO DE LIGNE ET LE NOM DE L'AVANT-DERNIERE NAISSANCE (SI DECEDEE), OU DE L'AV. AVANT-DERNIERE (SI DECEDEE), PUIS POSER Q.509 A Q.513

N° DE LIGNE
 NOM

509 Durant la maladie qui a causé le décès, (NOM) a-t-il/elle eu (SYMPTOME)?	510 (SYMPTOME) était-il/elle grave?	511 Combien de temps avant le décès, (SYMPTOME) a-t-il/elle commencé?	512 (SYMPTOME) a-t-il/elle duré jusqu'au décès?	513 Combien de temps avant le décès, (SYMPTOME) a-t-il/elle cessé?
01 DIARRHÉE OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 03)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES. <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 02) NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES. <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998
02 DIARRHÉE AVEC SANG OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 03)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES. <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 03) NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES. <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998
03 TOUX OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 04)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES. <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 04) NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES. <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998
04 RESPIRATION COURTE ET RAPIDE OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 05)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES. <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 05) NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES. <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998
05 FIEVRE OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 06)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES. <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 06) NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES. <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998
06 CONVULSIONS OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 07)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES. <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 07) NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES. <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998
07 BOUTONS SUR LE CORPS OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 08)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES. <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 08) NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES. <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998
08 TRES MAIGRE OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 09)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES. <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 09) NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES. <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998
09 VISAGE ET JAMBES ENFLES OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A Q.502 ENFANT SUIVANT DECEDE OU A Q.601)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES. <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A Q.502 ENFANT SUIVANT DECEDE OU A Q.601) NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES. <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998 (PASSER A Q.502 ENFANT SUIVANT DECEDE, OU A Q.601)

VOIR 502, NOTER LE NUMERO DE LIGNE ET LE NOM DE L'AV. AVANT-DERNIERE NAISSANCE (SI DECEDEE), PUIS POSER Q.509 A Q.513

N° DE LIGNE

NOM _____

509	Durant la maladie qui a causé le décès, (NON) a-t-il/elle eu (SYMPTOME)?		510 (SYMPTOME) était-il/elle grave?	511 Combien de temps avant le décès, (SYMPTOME) a-t-il/elle commencé?	512 (SYMPTOME) a-t-il/elle duré jusqu'au décès?	513 Combien de temps avant le décès (SYMPTOME) a-t-il/elle cessé?	
ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ POUR CHAQUE SYMPTOME, PUIS POSER LES QUESTIONS 510 A 513 OU PASSER AU SYMPTOME SUIVANT.			NOTER LA REPONSE DANS L'UNITE DE TEMPS UTILISEE PAR L'ENQUETEE		NOTER LA REPONSE DANS L'UNITE DE TEMPS UTILISEE PAR L'ENQUETEE		
01	DIARRHEE	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 03)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 02) NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	02
02	DIARRHEE AVEC SANG	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 03)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 03) NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	03
03	TOUX	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 04)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 04) NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	04
04	RESPIRATION COURTE ET RAPIDE	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 05)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 05) NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	05
05	FIEVRE	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 06)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 06) NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	06
06	CONVULSIONS	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 07)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 07) NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	07
07	BOUTONS SUR LE CORPS	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 08)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 08) NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	08
08	TRES MAIGRE	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 09)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A 09) NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	09
09	VISAGE ET JAMBES ENFLES	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A Q.601)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	OUI.....1 (PASSER A Q.601) NON.....2 NSP.....8	JOURS... <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998 (PASSER A Q.601)	

SECTION 6. MARIAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER	
				A
601	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu en union avec un homme?	OUI.....1 NON.....2		→611
602	Etes-vous actuellement mariée ou vivez-vous actuellement en union avec un homme, ou êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	MARIEE.....1 VIT EN UNION.....2 VEUVE.....3 DIVORCEE.....4 SEPEREE.....5		→607
603	Est-ce que votre mari/conjoint vit avec vous ou habite ailleurs?	VIT AVEC ELLE.....1 HABITE AILLEURS.....2		
604	Votre mari/conjoint a-t-il d'autres femmes en plus de vous-même?	OUI.....1 NON.....2		→607
605	Combien d'autres femmes a-t-il?	NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98		→607
606	Etes-vous la première, la deuxième, la troisième épouse?	RANG..... <input type="text"/> <input type="text"/>		
607	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu en union avec un homme une fois ou plus d'une fois?	UNE FOIS.....1 PLUS D'UNE FOIS.....2		→609
608	En comptant le mariage/union actuel(le), combien de fois avez-vous été mariée ou en union?	NOMBRE DE MARIAGE/UNION..... <input type="text"/>		
609	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec votre (premier) mari/conjoint?	AGE..... <input type="text"/> <input type="text"/>		
610	En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (premier) mari/conjoint? COMPARER ET CORRIGER 609 ET/OU 610 SI INCOMPATIBLES.	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP MOIS.....98 ANNEE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ANNEE.....98		→612
611	SI JAMAIS EN UNION: Avez-vous déjà eu des rapports sexuels?	OUI.....1 NON.....2		→616
612	Maintenant nous avons besoin de quelques renseignements sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre la contraception et la fécondité. Combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels durant les quatre dernières semaines?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>		
613	Combien de fois par mois avez-vous <u>habituellement</u> des rapports sexuels?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>		
614	Combien de temps y a-t-il depuis que vous avez eu des rapports sexuels pour la dernière fois?	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...996		
615	Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez eu des rapports sexuels?	AGE..... <input type="text"/> <input type="text"/> PREMIERE FOIS AU MARIAGE.....96		
616	AUTRES PERSONNES PRESENTES A CE MOMENT	ENFANTS MOINS DE 10 ANS...1 MARI/CONJOINT.....1 AUTRES HOMMES.....1 AUTRES FEMMES.....1	OUI NON 2 2 2 2	

SECTION 7. PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
701	VOIR 312: NON STERILISE(E) <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STERILISE(E) <input type="checkbox"/>		707
702	VOIR 602: ACTUELLEMENT MARIEE/EN UNION CODES '1' OU '2' ENCERCLES A Q.602 <input type="checkbox"/> AUTRES <input type="checkbox"/>		715
703	VOIR 225: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voulez-vous avoir un (autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants?	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT.....1 PAS D'AUTRE/AUCUN.....2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS/PLUS TOMBER ENCEINTE.....3 PAS DECIDEE OU NSP.....8	710
704	VOIR 225: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant? Combien de temps voudriez-vous attendre après la naissance de l'enfant que vous attendez et avant la naissance d'un autre enfant?	MOIS.....1 ANNEES.....2 BIENTOT/MAINTENANT.....994 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS/PLUS TOMBER ENCEINTE.....995 AUTRE (PRECISER).....996 NSP.....998	710
705	VOIR 218 ET 225: A UN/DES ENFANTS VIVANT(S) OU ENCEINTE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		710
706	VOIR 225: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Quel âge voudriez-vous que votre plus jeune enfant ait atteint quand votre prochain enfant naîtra? Quel âge voudriez-vous que l'enfant que vous attendez ait atteint quand votre prochain enfant naîtra?	AGE DU PLUS JEUNE: ANNEES..... NSP.....98	710
707	Regrettez-vous que vous (votre mari) ayez (ait) eu l'opération pour ne pas (plus) avoir d'enfant?	OUI.....1 NON.....2	709
708	Pourquoi le regrettez-vous?	ENQUETEE VEUT UN AUTRE ENFANT...1 CONJOINT VEUT UN AUTRE ENFANT...2 EFFETS SECONDAIRES.....3 AUTRE RAISON (PRECISER).....4	718
709	Dans votre situation actuelle, si vous aviez à le refaire, pensez-vous que vous prendriez la même décision d'être stérilisée?	OUI.....1 NON.....2	718
710	Pensez-vous que votre mari/conjoint approuve les couples qui utilisent une méthode pour retarder ou éviter une grossesse?	OUI/APPROUVE.....1 NON/DESAPPROUVE.....2 NSP.....8	
711	Avez-vous déjà parlé avec votre mari/conjoint des méthodes pour éviter de tomber enceinte et de leur utilisation?	OUI.....1 NON.....2	713
712	Combien de fois avez-vous parlé avec votre mari/conjoint de ce sujet au cours de l'année dernière?	JAMAIS.....1 UNE OU DEUX FOIS.....2 PLUS SOUVENT.....3	
713	Avez-vous déjà discuté avec votre mari/conjoint du nombre d'enfants que vous voudriez avoir?	OUI.....1 NON.....2	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A						
714	Pensez-vous que votre mari/conjoint souhaite avoir le <u>même</u> nombre d'enfants que vous, en veut <u>davantage</u> ou <u>moins</u> que vous?	MEME NOMBRE1 PLUS D'ENFANTS.....2 MOINS D'ENFANTS.....3 NSP.....8							
715	Après l'accouchement, combien de temps un couple devrait-il attendre avant de reprendre les rapports sexuels?	MOIS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td></td></tr><tr><td>2</td><td></td></tr></table> ANNEES..... AUTRE 996 (PRECISER)	1		2				
1									
2									
716	Une mère devrait-elle attendre qu'elle ait complètement arrêté d'allaiter avant de reprendre les rapports sexuels ou cela n'a pas d'importance?	ATTENDRE.....1 PAS D'IMPORTANCE.....2							
717	Etes-vous d'accord que des couples utilisent une méthode pour retarder ou éviter une grossesse?	OUI, D'ACCORD.....1 NON, PAS D'ACCORD.....2							
718	VOIR 218: A UN/DES ENFANT(S) VIVANT(S) <input type="checkbox"/> ↓ Si vous pouviez recommencer à partir de l'époque où vous n'aviez pas d'enfants, et si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir au total? N'A PAS D'ENFANT(S) VIVANT(S) <input type="checkbox"/> ↓ Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir en tout? ENREGISTRER UN SIMPLE NOMBRE OU AUTRE REPONSE.	NOMBRE..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> AUTRE REPONSE 96 (PRECISER) → 720							
719	Combien de garçons et combien de filles?	NOMBRE DE GARÇONS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> GARÇONS DEPEND DE DIEU.....95 NOMBRE DE FILLES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> FILLES DEPEND DE DIEU.....95 AUTRE REPONSE 96 (PRECISER) NSP.....98							
720	Selon vous, quels sont les principaux avantages d'avoir beaucoup d'enfants? ENREGISTRER LES CODES DANS L'ORDRE DES REPONSES DONNEES S'IL N'Y A PAS DE 2°, 3° AVANTAGE, NOTER '00'	AIDE DANS LE TRAVAIL.....01 ASSISTANCE/AIDE FINANCIERE.....02 SOUTIEN DANS LA VIEillesse.....03 AFFECTION/COMPAGNIE.....04 OBLIGATIONS RELIGIEUSES/ SOCIALES.....05 FIERTÉ/AFFIRMATION DE SOI.....06 STATUT SOCIAL.....07 POSTERITE/PATRONYME.....08 AUCUN AVANTAGE.....09 AUTRE 10 (PRECISER) NSP.....98	1° AVANTAGE..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> 2° AVANTAGE..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> 3° AVANTAGE..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>						
721	Selon vous, quel sont les principaux désavantages d'avoir beaucoup d'enfants? ENREGISTRER LES CODES DANS L'ORDRE DES REPONSES DONNEES S'IL N'Y A PAS DE 2°, 3° DESAVANTAGE, NOTER '00'	COÛT/FRAIS FINANCIERS.....01 PROBLEMES D'ENCADREMENT.....02 PROBLEMES DE DISCIPLINE.....03 AUGMENTATION DU TRAVAIL.....04 CONTRAINTES POUR LES PARENTS.....05 INQUIETUDE SUR L'AVENIR.....06 PROBLEMES DANS LE COUPLE.....07 MALADIE/MORT.....08 AUCUN DESAVANTAGE.....09 AUTRE 10 (PRECISER)	1° DESAVANTAGE..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> 2° DESAVANTAGE..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> 3° DESAVANTAGE..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>						
722	Selon vous, à partir de combien d'enfants peut-on considérer qu'une femme a beaucoup d'enfants?	NOMBRE..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> NSP.....98							
723	Et vous, préférez-vous beaucoup d'enfants ou peu d'enfants?	BEAUCOUP D'ENFANTS.....1 PEU D'ENFANTS.....2							

SECTION 8. CARACTERISTIQUES DU CONJOINT ET ACTIVITE PROFESSIONNELLE DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
801	VOIR 601: EST OU A ETE MARIEE/EN UNION 'OUI' A Q.601 <input type="checkbox"/> JAMAIS MARIEE/ JAMAIS EN UNION 'NON' A Q.601 <input type="checkbox"/> POSER LES QUESTIONS SUR LE MARI/CONJOINT ACTUEL OU LE PLUS RECENT		810
802	Est-ce que votre mari/conjoint a fréquenté l'école?	OUI.....1 NON.....2	805
803	A quel niveau scolaire le plus élevé a-t-il arrêté ses études: primaire, secondaire ou supérieur?	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE.....2 SUPERIEUR.....3 NSP.....8	805
804	Quelle est la dernière classe qu'il a achevée à ce niveau?*	CLASSE.....	
805	Quelle est (était) l'occupation principale de votre (dernier) mari/conjoint?		
806	VOIR 805: TRAVAILLE (TRAVAILLAIT) DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE (TRAVAILLAIT)PAS DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/>		808
807	Est-ce que votre mari/conjoint travaille (travaillait) principalement sur sa propre terre ou celle de sa famille, est-ce qu'il loue la terre ou est-ce qu'il travaille sur la terre de quelqu'un d'autre?	CHAMP PERSON. OU FAMILIAL.....1 CHAMP LOUE.....2 AUTRE CHAMP.....3	
808	Quelle est (était) la religion de votre (dernier) mari/conjoint?	CATHOLIQUE.....1 PROTESTANT.....2 MUSULMAN.....3 AUTRE.....4 (PRECISER) AUCUNE.....5 NSP.....8	
809	Quelle est (était) la nationalité de votre (dernier) mari/conjoint?	CAMEROUNAISE.....1 AUTRE AFRICAINE.....2 AUTRE.....3	

* CODES SELON LES DIFFERENTS SYSTEMES D'EDUCATION: 0=MOINS D'UNE ANNEE B=NSP POUR LE SUPERIEUR, VOIR LE MANUEL D'INSTRUCTIONS

PRIMAIRE			SECONDAIRE		
ANGLOPHONE	CODES	FRANCOPHONE	ANGLOPHONE	CODES	FRANCOPHONE
INFANT/CLASS ONE	1	S1L	FORM 1	1	SIXIEME/1 ^{re} ANNEE
STANDARD ONE/CLASS TWO	2	CP	FORM 2	2	CINQUIEME/2 ^{re} ANNEE
STANDARD TWO/CLASS THREE	3	CE1	FORM 3	3	QUATRIEME/3 ^{re} ANNEE
STANDARD THREE/CLASS FOUR	4	CE2	FORM 4	4	TROISIEME/4 ^{re} ANNEE
STANDARD FOUR/CLASS FIVE	5	CM1	FORM 5	5	SECONDE
STANDARD FIVE/CLASS SIX	6	CM2	LOWER SIXTH FORM	6	PREMIERE
STANDARD SIX/CLASS SEVEN	7	-	UPPER SIXTH FORM	7	TERMINALE

27

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
810	Comme vous le savez, beaucoup de femmes travaillent en dehors de leur propre travail au foyer. Certaines ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. D'autres tiennent une boutique ou un petit commerce à la maison ou ailleurs; d'autres cultivent les champs de la famille ou travaillent dans une affaire familiale. Avez-vous actuellement un travail de ce genre?	OUI.....1 NON.....2	818
811	Quel genre de travail faites-vous?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
812	Dans votre travail, êtes-vous une employée, êtes-vous à votre compte, êtes-vous employeur ou aidez-vous quelqu'un de la famille?	EMPLOYEE.....1 A SON COMPTE.....2 EMPLOYEUR.....3 AIDE FAMILIALE.....4	
813	Gagnez-vous de l'argent pour ce travail?	OUI.....1 NON.....2	
814	Faites-vous ce travail à la maison ou en dehors de la maison?	MAISON.....1 AILLEURS.....2	
815	VOIR 217/218/220: A UN ENFANT NE DEPUIS JANV. 1986 ET VIVANT A LA MAISON?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	818
816	Pendant que vous travaillez, avez-vous <u>habituellement</u> (NOM DU PLUS JEUNE ENFANT A LA MAISON) avec vous, l'avez-vous <u>quelque fois</u> avec vous ou <u>jamais</u> avec vous?	HABITUELLEMENT.....1 QUELQUE FOIS.....2 JAMAIS.....3	818
817	Qui s'occupe habituellement de (NOM DU PLUS JEUNE ENFANT A LA MAISON) pendant que vous travaillez?	MARI.....01 ENFANT(S) PLUS AGE(S).....02 AUTRES PARENTS.....03 VOISINS.....04 AMIS.....05 DOMESTIQUE.....06 ENFANT A L'ECOLE.....07 CRECHE/GARDERIE.....08 AUTRE.....09 (PRECISER)	
818	NOTER L'HEURE	HEURE..... <input type="text"/> MINUTES..... <input type="text"/>	<input type="text"/>

SECTION 9. TAILLE ET POIDS

901	VERIFIER 217, 218:	AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JANV. 1986 <input type="checkbox"/> → FIN ENCORE EN VIE
	UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANV. 1986 ET ENCORE EN VIE	<input type="checkbox"/> ↓

EN 902-904, ENREGISTRER LE N° D'ORDRE, LE NOM, ET LA DATE DE NAISSANCE DE CHAQUE ENFANT EN VIE, NE DEPUIS LE 1^{er} JANVIER 1986, EN COMMENÇANT PAR L'ENFANT LE PLUS JEUNE. NOTER LA TAILLE ET LE POIDS EN 906 ET 908. SI PLUS DE TROIS NAISSANCES DEPUIS JANV. 86, ENCORE EN VIE UTILISER UN 2^{ème} QUESTIONNAIRE.

	<input type="checkbox"/> 1 DERNIER ENFANT EN VIE	<input type="checkbox"/> 2 AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE	<input type="checkbox"/> 3 AVANT AVANT- DERNIER ENFANT EN VIE
902 No. D'ORDRE DE LA Q.214	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
903 NOM DE LA Q.214	(NOM) _____	(NOM) _____	(NOM) _____
904 DATE DE NAISSANCE DE Q.217 ET DEMAN- DER LE JOUR	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> ANNEE.... <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> ANNEE.... <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> ANNEE.... <input type="text"/>
905 CICATRICE BCG SUR LE BRAS	CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2	CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2	CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2
906 TAILLE (EN Cm.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
907 MESURE: COUCHE OU DEBOUT	COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2
908 POIDS (EN Kg.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
909 DATE DE PESEE ET DE MESURE DE L'EN- FANT	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> ANNEE.... <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> ANNEE.... <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> ANNEE.... <input type="text"/>
910 RESULTAT (POIDS ET TAILLE)	ENFANT MESURE..1 ENFANT MALADE..2 ENFANT ABSENT..3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE....5 AUTRE.....6 _____ (PRECISER)	MESURE.....1 ENFANT MALADE..2 ENFANT ABSENT..3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE....5 AUTRE.....6 _____ (PRECISER)	MESURE.....1 ENFANT MALADE..2 ENFANT ABSENT..3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE....5 AUTRE.....6 _____ (PRECISER)
911 NOM DU MESUREUR:	<input type="text"/>	NOM DE L'ASSISTANT:	<input type="text"/>

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRIC
(A remplir après achèvement de l'interview)

Commentaires sur l'enquêtée: _____

Commentaires sur des questions particulières: _____

Autres commentaires: _____

OBSERVATIONS DE LA CONTROLEUSE

Nom de la contrôlease: _____ Date: _____

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

Nom du chef d'équipe: _____ Date: _____