

**TABLEAU DE COHÉRENCE ÂGE-DATE DE NAISSANCE POUR
ENQUETE EN 2005**

Âge actuel	Année de naissance	
	Anniversaire pas encore passé en 2005	Anniversaire déjà passé en 2005
	Ne sait pas	
0	2004	-
1	2003	2004
2	2002	2003
3	2001	2002
4	2000	2001
5	1999	2000
6	1998	1999
7	1997	1998
8	1996	1997
9	1995	1996
10	1994	1995
11	1993	1994
12	1992	1993
13	1991	1992
14	1990	1991
15	1989	1990
16	1988	1989
17	1987	1988
18	1986	1987
19	1985	1986
20	1984	1985
21	1983	1984
22	1982	1983
23	1981	1982
24	1980	1981

Âge actuel	Année de naissance	
	Anniversaire pas encore passé en 2005	Anniversaire déjà passé en 2005
	Ne sait pas	
25	1979	1980
26	1978	1979
27	1977	1978
28	1976	1977
29	1975	1976
30	1974	1975
31	1973	1974
32	1972	1973
33	1971	1972
34	1970	1971
35	1969	1970
36	1968	1969
37	1967	1968
38	1966	1967
39	1965	1966
40	1964	1965
41	1963	1964
42	1962	1963
43	1961	1962
44	1960	1961
45	1959	1960
46	1958	1959
47	1957	1958
48	1956	1957
49	1955	1956

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉES

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATIONS

Bonjour. Mon nom est _____ et je travaille pour le Centre National de la Statistique. Nous sommes en train d'effectuer une enquête nationale sur la santé des femmes et des enfants. Nous souhaiterions que vous participiez à cette enquête. J'aimerais vous poser des questions sur votre santé et sur la santé des enfants. Ces informations seront utiles au gouvernement pour planifier les services de santé. L'entretien prend généralement entre 20 et 45 minutes. Les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles et ne seront transmises à personne.

La participation à cette enquête est volontaire et vous pouvez refuser de répondre à des questions particulières ou à toutes les questions. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette enquête car votre opinion est importante pour nous.

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

Signature de l'enquêtrice : _____ Date : _____

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE DE RÉPONDRE	1 ↓	L'ENQUÊTÉE REFUSE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS 2 → FIN
--------------------------------	--------	--

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À				
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE MINUTES	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 40px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				
102	Pour commencer, je voudrais vous poser des questions sur vous-même et sur votre ménage. Jusqu'à l'âge de 12 ans, avez-vous vécu la plupart du temps à Brazzaville, à Pointe Noire, à Dolisie, à Nkayi, dans une autre ville, en milieu rural ou à l'étranger ? SI « ETRANGER », PRECISER LE MILIEU DE RESIDENCE.	BRAZZA/ POINTE NOIRE/ AUTRE GRANDE VILLE A L'ETRANGER.....1 DOLISIE/NKAYI/AUTRE VILLE A L'ETRANGER.....2 AUTRE VILLE/PTE. VILLE ETRANGER3 RURAL/RURAL ETRANGER.....4 ETRANGER SANS PRECISION..... 5					
103	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DE LA VILLE/VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE) ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	ANNÉES TOUJOURS..... 95 VISITEUR..... 96	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 40px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> → 105				
104	Juste avant de vous installer ici, viviez-vous à Brazzaville, à Pointe Noire, à Dolisie, à Nkayi, dans une autre ville, en milieu rural ou à l'étranger ? SI « ETRANGER », PRECISER LE MILIEU DE RESIDENCE.	BRAZZA/ POINTE NOIRE/ AUTRE GRANDE VILLE A L'ETRANGER.....1 DOLISIE/NKAYI/AUTRE VILLE A L'ETRANGER.....2 AUTRE VILLE/PTE. VILLE ETRANGER3 RURAL/RURAL ETRANGER.....4 ETRANGER SANS PRECISION..... 5					
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS NSP MOIS..... 98 ANNÉE NSP ANNÉE 9998	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 40px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENTS.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ...	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 40px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				
SI ÂGE INFÉRIEUR A 15 ANS OU SUPÉRIEUR A 49 ANS, ARRÊTER L'INTERVIEW.							
107	Avez-vous fréquenté l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 111				

SECTION 2. REPRODUCTION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
201	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues au cours de votre vie. Avez-vous donné naissance à des enfants ?	OUI 1 NON 2	→ 206								
202	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 204								
203	Combien de fils vivent avec vous ? Combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS À LA MAISON <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES À LA MAISON <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
204	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance, qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 206								
205	Combien de fils sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? Combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS AILLEURS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES AILLEURS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON, INSISTER : Aucun enfant qui a crié ou a montré un signe de vie à la naissance mais qui n'a pas survécu ?	OUI 1 NON 2	→ 208								
207	Combien de fils sont décédés ? Combien de filles sont décédées ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS DÉCÉDÉS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES DÉCÉDÉES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
207A	Avez-vous eu d'autres enfants qui sont nés vivants mais qui sont morts après quelques minutes, quelques heures, ou quelques jours ?	OUI 1 NON 2	→ 208								
207B	CORRIGER Q207 PUIS CONTINUER AVEC LA QUESTION 208.										
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À Q. 203, 205, ET 207, ET ENREGISTRER LE TOTAL. SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	TOTAL <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIER 208 : Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL _____ naissances au cours de votre vie. Est-ce bien exact ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.										
210	VÉRIFIER 208 : UNE NAISSANCE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/>		→ 226								

211 Maintenant je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en partant de la 1 ^{ère} que vous avez eue. NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À Q.212. NOTER LES JUMEAUX / TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.									
212	213	214	215	216	217 : SI EN VIE :	218 SI EN VIE :	219 SI EN VIE :	220 SI DÉCÉDÉ :	221
Quel nom a été donné à votre (premier/ suivant) enfant ? (NOM)	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille ?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM) ? INSISTER : Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle toujours en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire -saire ? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e) ? SI '1 AN', INSISTER : Quel âge avait (NOM) en mois ? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANNÉES.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM) ?
01	SIMP...1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... ANNÉE	OUI.....1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON..... 2	N° DE LIGNE ↓ (NAISS. SUIV.)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES . 3	
02	SIMP...1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... ANNÉE	OUI.....1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON..... 2	N° DE LIGNE ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES . 3	OUI 1 NON 2
03	SIMP...1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... ANNÉE	OUI.....1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON..... 2	N° DE LIGNE ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES . 3	OUI 1 NON 2
04	SIMP...1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... ANNÉE	OUI.....1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON..... 2	N° DE LIGNE ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES . 3	OUI 1 NON 2
05	SIMP...1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... ANNÉE	OUI.....1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON..... 2	N° DE LIGNE ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES . 3	OUI 1 NON 2
06	SIMP...1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... ANNÉE	OUI.....1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON..... 2	N° DE LIGNE ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES . 3	OUI 1 NON 2
07	SIMP...1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... ANNÉE	OUI.....1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON..... 2	N° DE LIGNE ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES . 3	OUI 1 NON 2
08	SIMP...1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... ANNÉE	OUI.....1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON..... 2	N° DE LIGNE ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES . 3	OUI 1 NON 2

212	213	214	215	216	217 : SI EN VIE :	218 SI EN VIE :	219 SI EN VIE :	220 SI DÉCÉDÉ :	221
Quel nom a été donné à votre suivant enfant ? (NOM)	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille ?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER : Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle toujours en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire -saire ? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e) ? SI '1 AN', INSISTER : Quel âge avait (NOM) en mois ? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANNÉES.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM) ?
09	SIMP...1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON..... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS.... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
10	SIMP...1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON..... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS.... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
11	SIMP...1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON..... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS.... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
12	SIMP...1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON..... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS.... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
13	SIMP...1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON..... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS.... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2

222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ?	OUI..... 1 (AJOUTER LA NAISSANCE À Q212) ← NON 2
223	COMPARER 208 AVEC NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER : NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTER ET CORRIGER) VÉRIFIER : POUR CHAQUE NAISSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE. POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ. POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ : L'ÂGE AU DÉCÈS EST ENREGISTRÉ. POUR L'ÂGE AU DÉCÈS 12 MOIS OU 1 AN : INSISTER POUR DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
224	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2000 OU PLUS TARD. SI AUCUNE, ENREGISTRER '0'.	<input type="checkbox"/>

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
226	Êtes-vous enceinte en ce moment ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	→ 229
227	De combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS <input type="text"/>	
228	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte <u>à ce moment-là</u> , vouliez-vous <u>attendre plus tard</u> , ou vouliez-vous <u>ne plus/ne pas avoir d'enfant</u> ?	À CE MOMENT-LÀ 1 PLUS TARD 2 NE PLUS/NE PAS AVOIR D'ENFANT 3	
229	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI 1 NON 2	→ 237
229B	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ?	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	
229C	VÉRIFIER 229B: DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN JAN. 2000 OU PLUS TARD <input type="text"/>	DERNIÈRE GROSS. TERMINÉE AVANT JAN. 2000 <input type="text"/>	→ 229P
229D	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS <input type="text"/>	
229E	Est-ce que cette grossesse s'est terminée par un avortement provoqué ?	OUI 1 NON 2	→ 229Q
229F	Avez-vous décidé, vous-même, de faire cet avortement, ou avez-vous été poussée ou forcée par quelqu'un d'autre à faire cet avortement ?	A DÉCIDÉ ELLE-MÊME 1 QUELQU'UN AUTRE 2	→ 229H
229G	Qui vous a poussée ou forcée à faire cet avortement ?	PERSONNEL DE SANTÉ 1 PÈRE 2 MÈRE 3 MARI/PARTENAIRE 4 AMI(E)S 5 AUTRE 6	
229H	Pour quelle raison principale avez-vous décidé de mettre fin à cette grossesse ? INSISTER (autre chose ?)	PROBLÈMES DE SANTÉ 01 TROP JEUNE POUR AVOIR ENFANT ... 02 TROP ÂGÉE POUR AVOIR ENFANT ... 03 DÉJÀ TROP D'ENFANTS 04 NAISS. TROP RAPPROCHÉES 05 PEUR DES PARENTS 06 MARI/PARTENAIRE NE VOULAIT PAS L'ENFANT 07 POUR POURSUIVRE SCOLARITÉ 08 POUR CONTINUER DE TRAVAILLER ... 09 DIFFICULTÉS ÉCONOMIQUES/ MANQUE D'ARGENT 10 AUTRE 96	
229I	Pouvez-vous me dire quels moyens ou quelles procédures ont été utilisés pour terminer cette grossesse ?	DILATATION & CURETAGE A ASPIRATION B SONDE C INJECTIONS D COMPRIMÉS E PLANTES/DÉCOCTIONS F AUTRE X NE SAIT PAS Z	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À	
229J	Où a eu lieu l'avortement ?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 11 CENTRE DE SANTÉ/SMI 12 POSTE DE SANTÉ 13 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE 21 CABINET MÉDECIN PRIVÉ 22 CABINET SOINS INFIRMIER 23 CENTRE MEDICO-SOCIAL 24 ASS. CONGOLAISE DE BIEN- ETRE FAMILIAL 25 MAISON PROPRE MAISON 31 CHEZ AVORTEUSE 32 AUTRE MAISON 33 AUTRE ENDROIT 96		
229K	VÉRIFIER 229J : CODES 11 À 25 OU 32 ENCERCLÉS <input type="checkbox"/> Qui vous a assisté au moment de l'avortement ? INSISTER : Quelqu'un d'autre ? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES.	CODES 31, 33 OU 96 ENCERCLÉS <input type="checkbox"/> Est-ce que quelqu'un était présent pour vous aider au moment de l'avortement ? SI 'OUI' : Qui vous a assisté au moment de l'avortement ? INSISTER : Quelqu'un d'autre ?	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN A SAGE-FEMME B INFIRMIER/(-IÈRE) C MATRONE D AIDE SOIGNANTE E AUTRE PERSONNES ACCOUCHEUSE TRADITION F TRADI-THÉRAPEUTE G MEDECIN SPIRITUEL H PARENTES/AMIES I AUTRE X NON/PERSONNE Y	
229L	Après cet avortement, êtes-vous allée en consultation ?	OUI 1 NON 2	→229N	
229M	Qui avez-vous vu en consultation ? INSISTER : Quelqu'un d'autre ? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES.	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ GYNÉCOLOGUE A AUTRE MÉDECIN B SAGE-FEMME C INFIRMIER/(-IÈRE) D MATRONE E AIDE SOIGNANTE F AUTRES PERSONNES X		
229N	À la suite de cet avortement avez-vous eu des complications, comme, par exemple, des saignements abondants (hémorragie) ou une infection ?	OUI 1 NON 2		
229O	Avez-vous eu d'autres grossesses qui ne se sont pas terminées par une naissance vivante ?	OUI 1 NON 2	→237	
229P	En tout, au cours de votre vie, combien avez-vous eu de grossesses qui se sont terminées par un avortement provoqué ? SI "AUCUN", ENREGISTRER '00'.	NOMBRE <input type="text"/>		
229Q	En tout, au cours de votre vie, combien avez-vous eu de grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante ?	NOMBRE DE GROSSESSES <input type="text"/>		

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
237	<p>Quand vos dernières règles ont-elles commencé ?</p> <p>_____</p> <p>(INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNÉE)</p> <p>NOTER LA RÉPONSE DANS LES UNITÉS DE TEMPS UTILISÉES PAR L'ENQUÊTÉE.</p>	<p>IL Y A ... JOURS..... 1</p> <p>IL Y A ... SEMAINES 2</p> <p>IL Y A ... MOIS..... 3</p> <p>IL Y A ... ANNÉES 4</p> <p>EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE 994</p> <p>AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE.... 995</p> <p>JAMAIS EU DE RÈGLES 996</p>	<table border="1" data-bbox="1279 163 1357 348"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>								
238	<p>Entre la période des règles et les règles suivantes, y-a-t-il un moment où une femme a plus de chances de tomber enceinte que d'autres si elle a des rapports sexuels ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>↳ 301</p>								
239	<p>Est-ce que ce moment se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles finissent ou au milieu, entre deux périodes de règles ?</p>	<p>JUSTE AVANT DÉBUT DES RÈGLES 1</p> <p>PENDANT LES RÈGLES 2</p> <p>JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES..... 3</p> <p>AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES DE RÈGLES..... 4</p> <p>AUTRE 6</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>									

SECTION 3. PLANIFICATION FAMILIALE

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur la planification familiale – les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. ENCERCLER CODE 1 À 301 POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE DE FAÇON SPONTANÉE. PUIS CONTINUER LA COLONNE 301 EN DESCENDANT, EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. EN CERCLER LE CODE 1 SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE 2 SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE MÉTHODE AVEC CODE 1 EN CERCLÉ À 301, POSER 302.			
301	De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler ? POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER : Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE) ?	302	Avez-vous déjà utilisé (MÉTHODE) ?
01	STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI1 NON 2 ↘	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants ? OUI1 NON2
02	STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI1 NON 2 ↘	Avez-vous eu un partenaire qui avait eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants ? OUI1 NON2
03	PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.	OUI1 NON 2 ↘	OUI1 NON2
04	DIU/STERILET Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place à l'intérieur.	OUI1 NON 2 ↘	OUI1 NON2
05	INJECTIONS Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI1 NON 2 ↘	OUI1 NON2
06	IMPLANTS Les femmes peuvent se faire insérer sous la peau de la partie supérieure du bras plusieurs petits bâtonnets qui les empêchent de tomber enceinte pendant une année ou plus.	OUI1 NON 2 ↘	OUI1 NON2
07	CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis pendant les rapports sexuels.	OUI1 NON 2 ↘	OUI1 NON2
08	CONDOM FÉMININ Les femmes peuvent se placer un étui dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI1 NON 2 ↘	OUI1 NON2
09	DIAPHRAGME Les femmes peuvent se placer un diaphragme dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI1 NON 2 ↘	OUI1 NON2
10	MOUSSE OU GELÉE Les femmes peuvent s'insérer un suppositoire, se mettre de la gelée ou de la crème dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI1 NON 2 ↘	OUI1 NON2
11	MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRHÉE (MAMA) Jusqu'à 6 mois après une naissance, une femme peut utiliser une méthode qui nécessite d'allaiter souvent, jour et nuit, et que ses règles ne soient pas revenues.	OUI1 NON 2 ↘	OUI1 NON2
12	RHYTHME/CONTINENCE PÉRIODIQUE/BILLINGS (Glaire cervicale) Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter une grossesse en évitant les rapports sexuels les jours du mois où elle a plus de chances de tomber enceinte.	OUI1 NON 2 ↘	OUI1 NON2
13	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI1 NON 2 ↘	OUI1 NON2
14	PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre des pilules les jours après les rapports sexuels, jusqu'au cinquième jour après, pour éviter de tomber enceinte.	OUI1 NON 2 ↘	OUI1 NON2
15	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI1 _____ (PRÉCISER) _____ (PRÉCISER) NON 2	OUI1 NON2 OUI1 NON2
303	VÉRIFIER 302 : PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/> AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> (N'A JAMAIS UTILISÉ) (A DÉJÀ UTILISÉ)		→ 307

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
304	Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte ?	OUI1 NON2	→ 329
306	Qu'avez-vous fait ou utilisé ? CORRIGER 302 ET 303 (ET 301 SI NÉCESSAIRE).		
307	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le moment où, pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte. Combien d'enfants vivants aviez-vous à ce moment-là ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	NOMBRE D'ENFANTS <input type="text"/> <input type="text"/>	
308	VÉRIFIER 302 (01) : FEMME NON STÉRILISÉE, <input type="checkbox"/> OU QUESTION NON-POSÉE ▼	FEMME STÉRILISÉE <input type="checkbox"/>	→ 311A
309	VÉRIFIER 226 : NON ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ▼	ENCEINTE <input type="checkbox"/>	→ 329
310	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte ?	OUI1 NON2	→ 329
311	Quelle méthode utilisez-vous ?	STÉRILISATION FÉMININE A STÉRILISATION MASCULINE B PILULE C DIU D INJECTIONS E IMPLANTS F CONDOM G CONDOM FÉMININ H DIAPHRAGME I MOUSSE/GELÉE J MAMA K CONTINENCE PÉRIODIQUE L RETRAIT M AUTRE X	→ 316A
311A	ENCERCLEZ 'A' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE. SI PLUS D'UNE MÉTHODE MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE CORRESPONDANT À LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.		
313	Où a eu lieu la stérilisation ?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL11 CENTRE DE SANTÉ/SMI12 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE21 CABINET MÉDECIN PRIVÉ22 CABINET SOINS INFIRMIER23 CENTRE MEDICO-SOCIAL24 ASS. CONGOLAISE DE BIEN-ETRE FAMILIAL25 AUTRE ENDROIT96	
316	En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
316A	Depuis quand avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE CITÉE EN PREMIER À Q.311) de façon continue ? INSISTER : En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à utiliser (1 ^{ère} MÉTHODE DE Q.311) de façon continue ?		
316B	VÉRIFIER 316/316A, 215 ET 229B : À 215 IL Y A EU UNE NAISSANCE OU À 229B UNE GROSSESSE TERMINÉE PAR UNE FAUSSE-COUCHE, UN AVORTEMENT OU UN MORT-NÉ APRÈS LE MOIS ET L'ANNÉE DU DÉBUT DE L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 316/316A SI OUI : RETOURNER À 316/316A POUR CORRIGER, INSISTER POUR ENREGISTRER LE MOIS ET L'ANNÉE AU DÉBUT DE L'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE (DATE DOIT ÊTRE APRÈS CELLE DE LA DERNIÈRE NAISSANCE OU DERNIÈRE GROSSESSE).	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
327	VÉRIFIER 311/311A : ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE : SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 311/311A, ENCERCLER LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCERCLÉES À 311/311A.	STÉRILISATION FÉMININE01 STÉRILISATION MASCULINE02 PILULE03 DIU/STÉRILET04 INJECTIONS05 IMPLANTS06 CONDOM07 CONDOM FÉMININ08 DIAPHRAGME09 MOUSSE/GELÉE10 MAMA11 CONTINENCE PÉRIODIQUE12 RETRAIT13 AUTRE MÉTHODE96	→401 →401 →401 →401 →401 →401
328	Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL11 CENTRE DE SANTÉ/SMI12 POSTE DE SANTÉ13 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE21 CABINET MÉDECIN PRIVÉ22 CABINET SOINS INFIRMIER23 CENTRE MEDICO-SOCIAL24 ASS. CONGOLAISE DE BIEN- ETRE FAMILIAL25 PHARMACIE26 AUTRE SECTEUR PRIVÉ TRADI-THÉRAPEUTE31 CENTRE MEDECINE SPIRITUELLE ..32 VENDEUR AMBULANT/ PHARMACIE PAR TERRE33 BOUTIQUE/MARCHÉ34 BAR/BOITE DE NUIT/HOTEL35 PARENTS/AMIS36 AUTRE ENDROIT96	→401
329	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?	OUI1 NON2	→401
330	Quel est cet endroit ? Un autre endroit ? ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS	SECTEUR PUBLIC HÔPITALA CENTRE DE SANTÉ/SMIB POSTE DE SANTÉC SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUED CABINET MÉDECIN PRIVÉE CABINET SOINS INFIRMIERF CENTRE MEDICO-SOCIALG ASS. CONGOLAISE DE BIEN- ETRE FAMILIALH PHARMACIEI AUTRE SECTEUR PRIVÉ TRADI-THÉRAPEUTEJ CENTRE MEDECINE SPIRITUELLE ...K VENDEUR AMBULANT/ PHARMACIE PAR TERREL BOUTIQUE/MARCHÉM BAR/BOITE DE NUIT/HOTELN PARENTS/AMISO AUTRE ENDROITX	

SECTION 4A. GROSSESSE, SOINS POSTNATALS ET ALLAITEMENT

401	VÉRIFIER 224 : UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES EN 2000 OU APRÈS <input type="checkbox"/>	PAS DE NAISSANCE EN 2000 OU APRES <input type="checkbox"/>	→486
402	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE EN 2000 OU APRES. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER LA DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES). Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la santé de tous vos enfants nés dans les 5 dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois)		
403	NUMÉRO DE LIGNE DE Q 212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISS NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/>
404	SELON Q. 212 ET Q. 216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/>
405	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 du tout ?	À CE MOMENT 1 (PASSER À 407) ← PLUS TARD 2 NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 407) ←	À CE MOMENT 1 (PASSER À 423) ← PLUS TARD 2 NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 423) ←
406	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre ?	MOIS 1 <input type="text"/> ANNÉES 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	MOIS 1 <input type="text"/> ANNÉES 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS 998
407	Pour cette grossesse, avez-vous reçu des soins prénatals ? SI OUI : Qui avez-vous consulté ? Quelqu'un d'autre ? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES. SI NON ENCERCLEZ CODE 'Y'	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN A SAGE-FEMME B INFIRMIER(E) C MATRONE D AIDE SOIGNANTE/AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE... E AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE F TRADI-THÉRAPEUTE G MÉDECIN SPIRITUEL H AUTRE X PERSONNE Y (PASSER À 415) ←	
408	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale ?	MOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
409	Combien de fois avez-vous été en consultation durant cette grossesse ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
410	VÉRIFIER Q 409 : NOMBRE DE FOIS EN CONSULTATION DURANT LA GROSSESSE ?	UNE FOIS <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE FOIS OU NSP <input type="checkbox"/> (PASSER À 412)	
411	De combien de mois étiez-vous enceinte la dernière fois que vous avez reçu des soins prénatals ?	MOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	

		DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____		NOM _____
412	Durant cette grossesse, avez-vous eu les examens suivants, au moins une fois ? Avez-vous été pesée ? Vous a-t-on mesurée la taille en stature ? Vous a-t-on pris la tension ? Avez-vous donné un échantillon d'urine ? Avez-vous donné du sang ? Avez-vous eu un toucher vaginal ?		OUI NON POIDS 1 2 TAILLE..... 1 2 TENSION..... 1 2 URINE 1 2 SANG 1 2 TOUCHER VAGINAL 1 2	
413	Vous a-t-on parlé des signes de complications de la grossesse ?	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 415) <----- NE SAIT PAS 8		
414	Vous a-t-on dit où aller si vous aviez ces complications ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8		
415	Durant cette grossesse, vous a-t-on fait une injection contre le tétanos dans la face externe du bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions avec les contractures après la naissance ?	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 417) <----- NE SAIT PAS 8		
416	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8		
416A	Combien de temps avant l'accouchement avez-vous reçu la dernière injection contre le tétanos ?	JOURS AVANT ACC 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES AVANT ACC..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS AVANT ACC..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998		
417	Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés ou gélules de fer ? MONTRER COMPRIMÉ OU GÉLULE.	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 419) <----- NE SAIT PAS 8		
418	Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris du fer, en comprimés ou gélules ? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	NOMBRE DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998		
419	Durant cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour voir à la lumière du jour ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8		
420	Durant cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour voir à la tombée du jour, au lever du soleil, ou dans un endroit mal éclairé ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8		
421	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme ?	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 423) <----- NE SAIT PAS 8		
422	Quel était ce médicament ? Autre médicament ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT ÊTRE DÉTERMINÉ, MONTRER DES ANTIPALUDÉENS À L'ENQUÊTÉE.	CHLOROQUINE/NIVAQUINE A AMODIAQUINE/FLAVOQUINE/ CAMOQUIN B FANSIDAR/MALOXINE C MÉDICAMENT INCONNU D AUTRE _____ X (PRÉCISER)		

		DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____		NOM _____
422A	VERIFIER 422 : TYPE DE MEDICAMENT PRIS PENDANT LA GROSSESSE POUR ÉVITER LE PALUDISME	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 423)	
422B	Combien de fois avez-vous pris de la Chloroquine/nivaquine pendant cette grossesse ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>		
422C	VERIFIER 407 : TYPE DE PERSONNEL AYANT DONNÉ LES SOINS PRÉNATALS PENDANT CETTE GROSSESSE	CODES 'A' à 'E' ENCERCLÉS <input type="checkbox"/> ↓	CODES 'A' à 'E' NON ENCERCLÉS <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 423)	
422D	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous obtenu la Chloroquine/nivaquine au cours de visite prénatale, au cours d'autre visite dans une formation sanitaire, ou d'une autre source ?	VISITE PRÉNATALE..... 1 AUTRE VISITE MÉDICALE..... 2 AUTRE SOURCE 6		
423	Quand (NOM) est né(e), était-il/elle : Très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne, ou très petit ?	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8	
424	(NOM) a-t-il/elle été pesé(e) à la naissance ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 426) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 426) ← NE SAIT PAS 8	
425	Combien (NOM) pesait-il/elle ? ENREGISTRER LE POIDS PORTÉ SUR LE CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	GRAMMES DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998	GRAMMES DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998	
426	Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM) ? Quelqu'un d'autre ? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES. SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE "PERSONNE" NE L'A ASSISTÉ, INSISTER POUR DETERMINER SI UN ADULTE QUELCONQUE ÉTAIT PRÉSENT À L'ACCOUCHEMENT.	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN.....A SAGE-FEMMEB INFIRMIER(E).....C MATRONED AIDE SOIGNANTE/AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE...E AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLEF TRADI-THÉRAPEUTEG MEDECIN SPIRITUELH PARENTS/AMIS/VOISINSI AUTREX PERSONNEY	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN.....A SAGE-FEMMEB INFIRMIER(E).....C MATRONED AIDE SOIGNANTE/AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE...E AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLEF TRADI-THÉRAPEUTEG MEDECIN SPIRITUELH PARENTS/AMIS/VOISINSI AUTREX PERSONNEY	

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____								
427	Où avez-vous accouché de (NOM) ?	DOMICILE VOTRE DOMICILE..... 11 (PASSER À 429) <----- AUTRE DOMICILE..... 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL..... 21 CENTRE DE SANTÉ/SMI..... 22 POSTE DE SANTÉ..... 22 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE..... 31 CABINET MÉDECIN PRIVÉ..... 32 CABINET SOINS INFIRMIER 33 CENTRE MÉDICO-SOCIAL..... 33 CENTRE MÉDECINE SPIRITUEL. 41 (PASSER À 429) <----- AUTRE..... 96 (PASSER À 429) <-----	DOMICILE VOTRE DOMICILE..... 11 (PASSER À 429) <----- AUTRE DOMICILE..... 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL..... 21 CENTRE DE SANTÉ/SMI..... 22 POSTE DE SANTÉ..... 22 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE..... 31 CABINET MÉDECIN PRIVÉ..... 32 CABINET SOINS INFIRMIER 33 CENTRE MÉDICO-SOCIAL..... 33 CENTRE MÉDECINE SPIRITUEL. 41 (PASSER À 429) <----- AUTRE..... 96 (PASSER À 429) <-----								
428	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne, c'est-à-dire avez-vous été opérée ? ?	OUI..... 1 (PASSER À 433) <----- NON..... 2	OUI..... 1 (PASSER À 435) <----- NON..... 2								
429	Après la naissance de (NOM), est-ce que du personnel de la santé ou quelqu'un d'autre vous a examinée ?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 433) <-----	OUI..... 1 (PASSER À 435) <----- NON..... 2								
430	Après combien de jours ou de semaines après l'accouchement avez-vous eu votre premier examen de santé ? ENREGISTRER "00" SI MÊME JOUR.	JOURS APRÈS ACC..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> SEMAINES APR ACC..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NE SAIT PAS 998									
431	Qui vous a examinée à ce moment-là ? INSISTER POUR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN..... 11 SAGE-FEMME..... 12 INFIRMIER(E)..... 13 MATRONE..... 14 AIDE SOIGNANTE/AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE. 15 AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE..... 21 TRADI-THÉRAPEUTE..... 22 MEDECIN SPIRITUEL..... 23 AUTRE..... 96									
432	Où a eu lieu ce premier examen de santé ?	DOMICILE VOTRE DOMICILE..... 11 AUTRE DOMICILE..... 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL..... 21 CENTRE DE SANTÉ/SMI..... 22 POSTE DE SANTÉ..... 22 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE..... 31 CABINET MÉDECIN PRIVÉ..... 32 CABINET SOINS INFIRMIER 33 CENTRE MÉDICO-SOCIAL..... 33 CENTRE MÉDECINE SPIRITUEL. 41 AUTRE..... 96									
433	Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme celle-ci ? MONTRER LA CAPSULE.	OUI..... 1 NON..... 2									

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
434	Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM) ?	OUI 1 (PASSER À 436) ← NON 2 (PASSER À 437) ←	
435	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ?		OUI 1 NON 2 (PASSER À 439) ← NAISSANCE MULTIPLES 3
436	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ?	MOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
437	VÉRIFIER 226 : ENQUÊTÉE ENCEINTE ?	NON <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> EN- <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> CEINTE ✓ (PASSER À 439) ←	
438	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 440) ←	
439	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?	MOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
440	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 447) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 447) ←
441	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ? SI MOINS D'1 HEURE, NOTER '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, NOTER EN HEURES. AUTREMENT, NOTER EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES 1 <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/>	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES 1 <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/>
442	Dans les 3 jours qui ont suivi la naissance et avant que vos seins commencent à produire du lait régulièrement, est-ce que (NOM) a bu quelque chose autre que le lait maternel ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 444) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 444) ←
443	Qu'est-ce qu'il avait été donné à boire à (NOM) avant que vos seins commencent à produire du lait régulièrement ? Quelque chose d'autre ? NOTER TOUS LES LIQUIDES MENTIONNES	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) A EAU B EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE ... C INFUSIONS D PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ E AUTRE X (SPÉCIFIER)	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) A EAU B EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE ... C INFUSIONS D PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ E AUTRE X (SPÉCIFIER)
444	VÉRIFIER 404 : ENFANT VIVANT ?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ✓ (PASSER À 446) ←	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ✓ (PASSER À 446) ←
445	Allaitiez-vous encore (NOM) ?	OUI 1 (PASSER À 448) ← NON 2	OUI 1 (PASSER À 448) ← NON 2
446	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM) ?	MOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 98

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
447	VÉRIFIER 404 : ENFANT VIVANT ?	EN VIE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 450) DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNER À 405, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454)	EN VIE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 450) DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNER À 405, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454)
448	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière, entre le coucher et le lever du soleil ? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT .. <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT .. <input type="text"/> <input type="text"/>
449	Hier, combien de fois avez-vous allaité pendant les heures de la journée ? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR. <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
450	Est-ce que (NOM) a bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8
451	Est-ce que du sucre a été ajouté à n'importe quel aliment ou liquide donné à (NOM), hier ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8
452	Hier, durant le jour ou la nuit, combien de fois (NOM) a-t-il/elle été nourri(e) de purées ou d'aliments solides ou semi-solides ? SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'.	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8
453		RETOURNER À 405 DANS LA PROCHAINE COLONNE ; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454.	RETOURNER À 405 DANS DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454.

SECTION 4B. VACCINATION, SANTÉ ET NUTRITION

454	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2000 OU APRES. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER LA DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).		
455	NUMÉRO DE LIGNE DE Q.212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>
456	SELON Q.212 ET Q.216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 456, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE ALLER À 483)	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 456, DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU SI PLUS AUCUNE NAISSANCE ALLER À 483)
457	Est-ce que (NOM) a reçu une dose de vitamine A, comme cela, au cours des 6 derniers mois ? MONTRER LA CAPSULE.	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
458	Avez-vous un carnet ou une carte de vaccination où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ? SI OUI : Puis-je le voir, s'il vous plaît ?	OUI, VU 1 (PASSER À 460) ← OUI, PAS VU 2 (PASSER À 462) ← PAS DE CARTE 3	OUI, VU 1 (PASSER À 460) ← OUI, PAS VU 2 (PASSER À 462) ← PAS DE CARTE 3
459	Avez-vous déjà eu un carnet ou une carte de vaccination pour (NOM) ?	OUI 1 (PASSER À 462) ← NON 2	OUI 1 (PASSER À 462) ← NON 2
460	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN, À PARTIR DE LA CARTE. (2) NOTER '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LA CARTE INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE. BCG POLIO 0 (à la naissance) POLIO 1 POLIO 2 POLIO 3 DTcoq 1 DTcoq 2 DTcoq 3 Rougeole Fievre Jaune VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)	JOUR MOIS ANNÉE BCG P0..... P1..... P2..... P3..... D1 D2 D3 ROUG ... FIEV.J. ... VIT. A. ...	JOUR MOIS ANNÉE BCG P0..... P1..... P2..... P3..... D1 D2 D3 ROUG ... FIEV. J. ... VIT. A. ...

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
461	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur ce carnet, y compris les vaccinations faites le jour d'une campagne nationale de vaccination ? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE BCG, POLIO 0-3, DTCoq 1-3, ROUGEOLE, ET/OU FIEVRE JAUNE.	OUI 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 460) (PASSER À 466) <— NON 2 (PASSER À 466) <— NE SAIT PAS 8	OUI 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 460) (PASSER À 466) <— NON 2 (PASSER À 466) <— NE SAIT PAS 8
462	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations pour lui éviter de contracter des maladies, y compris les vaccinations reçues le jour d'une campagne nationale de vaccination ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 466) <— NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 466) <— NE SAIT PAS 8
463	Dites-moi, s'il vous plait, si (NOM) a reçu l'une des vaccinations suivantes :		
463A	La vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou l'avant-bras qui laisse, généralement, une cicatrice ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
463B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463E) <— NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463E) <— NE SAIT PAS 8
463C	Quand le premier vaccin contre la polio a-t-il été donné, juste après la naissance ou plus tard ?	JUSTE APRÈS LA NAISSANCE 1 PLUS TARD 2	JUSTE APRÈS LA NAISSANCE 1 PLUS TARD 2
463D	Combien de fois le vaccin de la polio a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
463E	La vaccination du DTCoq, c'est-à-dire une injection faite généralement en même temps que les gouttes contre la polio ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463G) <— NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463G) <— NE SAIT PAS 8
463F	Combien de fois ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
463G	Une injection contre la rougeole qui se fait autour de l'âge de 9 mois ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
463H	Une injection contre la fièvre jaune qui se fait quelquefois en même temps que la rougeole ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
466	Je voudrais maintenant vous parler des maladies des enfants. Est-ce que (NOM) a souffert de la fièvre, à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
467	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, au cours des deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 469) <— NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 469) <— NE SAIT PAS 8
468	Quand (NOM) souffrait de la toux, respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
469	VÉRIFIER 466 ET 467 : FIEVRE OU TOUX ?	'OUI' À 466 OU 467 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER À 475)	'OUI' À 466 OU 467 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER À 475)

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
470	Avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour la fièvre/toux ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 472) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 472) ←
471	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement ? Quelque part ailleurs ? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE DE SANTÉ/SMI B POSTE DE SANTÉ C SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE D CABINET MÉDECIN PRIVÉ E CABINET SOINS INFIRMIER F CENTRE MÉDICO-SOCIAL G PHARMACIE H AUTRE SECTEUR PRIVÉ TRADI-THÉRAPEUTE I CENTRE MEDECIN SPIRITUEL .. J VENDEUR AMBULANT/ PHARMACIE PAR TERRE ... K BOUTIQUE/MARCHE L AUTRE X	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE DE SANTÉ/SMI B POSTE DE SANTÉ C SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE D CABINET MÉDECIN PRIVÉ E CABINET SOINS INFIRMIER F CENTRE MÉDICO-SOCIAL G PHARMACIE H AUTRE SECTEUR PRIVÉ TRADI-THÉRAPEUTE I CENTRE MEDECIN SPIRITUEL .. J VENDEUR AMBULANT/ PHARMACIE PAR TERRE ... K BOUTIQUE/MARCHE L AUTRE X
472	VÉRIFIER 466 : A EU DE LA FIÈVRE ?	'OUI' À 466 <input type="checkbox"/> 466 <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 475)	'OUI' À 466 <input type="checkbox"/> 466 <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 475)
472A	Est-ce que (NOM) a la fièvre maintenant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
472B	Est-ce que (NOM) a eu des convulsions, à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
472C	VÉRIFIER 466 ET 472B : FIÈVRE OU CONVULSIONS ?	'OUI' À 466 OU 472B <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 475)	'OUI' À 466 OU 472B <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 475)
473	Est-ce-que (NOM) a pris des médicaments contre la fièvre ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 474A) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 474A) ← NE SAIT PAS 8
474	Quel médicament (NOM) a-t-il pris ? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. DEMANDER À VOIR LE MÉDICAMENT SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS CONNU. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT ÊTRE DÉTERMINÉ, MONTRER DES ANTIPALUDÉENS TYPIQUES À L'ENQUÊTÉE.	MÉDICAMENT ANTIPALUDÉEN CHLOROQUINE / NIVAQUINE A AMODIAQUINE / FLAVOQUINE/ CAMOQUIN B FANSIDAR / MALOXINE C QUININE / QUINIMAX D ARSUMAX/ARSUNATE/ARINATE/ ARTESIANE/COARTEM E AUTRE ANTIPALUDEEN F AUTRES MÉDICAMENTS PARACETAMOL (DOLIPRANE/ EFFERALGAN/ZANZILAP/..) ... G ASPIRINE/ASPÉGIC H AUTRE X NE SAIT PAS Z	MÉDICAMENT ANTIPALUDÉEN CHLOROQUINE / NIVAQUINE A AMODIAQUINE / FLAVOQUINE/ CAMOQUIN B FANSIDAR / MALOXINE C QUININE / QUINIMAX D ARSUMAX/ARSUNATE/ARINATE/ ARTESIANE/COARTEM E AUTRE ANTIPALUDEEN F AUTRES MÉDICAMENTS PARACETAMOL (DOLIPRANE/ EFFERALGAN/ZANZILAP/..) ... G ASPIRINE/ASPÉGIC H AUTRE X NE SAIT PAS Z
474A	Est-ce que (NOM) a eu une injection ou un suppositoire pour traiter (la fièvre/les convulsions) ?	INJECTION A SUPPOSITOIRE B AUCUN Y NE SAIT PAS Z	INJECTION A SUPPOSITOIRE B AUCUN Y NE SAIT PAS Z

		DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
474B	VÉRIFIER 474 : CHLOROQUINE / NIVAQUINE	CODE "A" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE "A" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474F)	CODE "A" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE "A" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474F)
474C	Combien de temps après le début de la fièvre/ convulsions, (NOM) a-t-il (elle) commencé à prendre la Chloroquine/Nivaquine ?	MEME JOUR..... 1 LE JOUR SUIVANT..... 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR..... 1 LE JOUR SUIVANT..... 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR..... 1 LE JOUR SUIVANT..... 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR..... 1 LE JOUR SUIVANT..... 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8
474D	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris la Chloroquine/Nivaquine ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8
474E	Aviez-vous la Chloroquine/Nivaquine à la maison, ou l'avez-vous obtenu de quelque part d'autre ? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu la Chloroquine/Nivaquine la première fois ?	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE SECTEUR MÉDICAL 2 AUTRE SOURCE SECTEUR NON MÉDICAL 3 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE SECTEUR MÉDICAL 2 AUTRE SOURCE SECTEUR NON MÉDICAL 3 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON..... 1 AUTRE SOURCE SECTEUR MÉDICAL 2 AUTRE SOURCE SECTEUR NON MÉDICAL 3 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON..... 1 AUTRE SOURCE SECTEUR MÉDICAL 2 AUTRE SOURCE SECTEUR NON MÉDICAL 3 NE SAIT PAS 8
474F	VÉRIFIER 474 : AMODIAQUINE / FLAVOQUINE/ CAMOQUIN	CODE "B" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE "B" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474J)	CODE "B" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE "B" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474J)
474G	Combien de temps après le début de la fièvre/convulsions), (NOM) a-t-il (elle) commencé à prendre l'Amodiaquine/ Flavoquine/ Camoquin ?	MEME JOUR..... 1 LE JOUR SUIVANT..... 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR..... 1 LE JOUR SUIVANT..... 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR..... 1 LE JOUR SUIVANT..... 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR..... 1 LE JOUR SUIVANT..... 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8
474H	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris l'Amodiaquine/ Flavoquine/ Camoquin ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8
474I	Aviez-vous l'Amodiaquine/ Flavoquine/ Camoquin à la maison, ou l'avez-vous obtenu de quelque part d'autre? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu l'Amodiaquine/ Flavoquine/ Camoquin la première fois?	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE SECTEUR MÉDICAL 2 AUTRE SOURCE SECTEUR NON MÉDICAL 3 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE SECTEUR MÉDICAL 2 AUTRE SOURCE SECTEUR NON MÉDICAL 3 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON..... 1 AUTRE SOURCE SECTEUR MÉDICAL 2 AUTRE SOURCE SECTEUR NON MÉDICAL 3 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON..... 1 AUTRE SOURCE SECTEUR MÉDICAL 2 AUTRE SOURCE SECTEUR NON MÉDICAL 3 NE SAIT PAS 8
474J	VÉRIFIER 474 : FANSIDAR / MALOXINE	CODE "C" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE "C" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474N)	CODE "C" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE "C" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474N)
474K	Combien de temps après le début de la fièvre/convulsions, (NOM) a-t-il (elle) commencé à prendre le Fansidar / Maloxine ?	MEME JOUR..... 1 LE JOUR SUIVANT..... 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR..... 1 LE JOUR SUIVANT..... 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR..... 1 LE JOUR SUIVANT..... 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR..... 1 LE JOUR SUIVANT..... 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
474L	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris le Fansidar / Maloxine ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS <input type="text"/>			
		NE SAIT PAS 8			
474M	Aviez-vous le Fansidar / Maloxine à la maison, ou l'avez-vous obtenu de quelque part d'autre ? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu le Fansidar / Maloxine la première fois ?	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE SECTEUR MÉDICAL 2 AUTRE SOURCE SECTEUR NON MÉDICAL 3 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE SECTEUR MÉDICAL 2 AUTRE SOURCE SECTEUR NON MÉDICAL 3 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE SECTEUR MÉDICAL 2 AUTRE SOURCE SECTEUR NON MÉDICAL 3 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE SECTEUR MÉDICAL 2 AUTRE SOURCE SECTEUR NON MÉDICAL 3 NE SAIT PAS 8
474N	VÉRIFIER 474 : QUININE / QUINIMAX	CODE "D" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474R)	CODE "D" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474R)	CODE "D" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474R)	CODE "D" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474R)
474O	Combien de temps après le début de la fièvre/ convulsions, (NOM) a-t-il (elle) commencé à prendre la Quinine / Quinimax ?	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8
474P	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris la Quinine / Quinimax ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS <input type="text"/>			
		NE SAIT PAS 8			
474Q	Aviez-vous la Quinine / Quinimax à la maison, ou l'avez-vous obtenu de quelque part d'autre ? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu la Quinine / Quinimax la première fois ?	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE SECTEUR MÉDICAL 2 AUTRE SOURCE SECTEUR NON MÉDICAL 3 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE SECTEUR MÉDICAL 2 AUTRE SOURCE SECTEUR NON MÉDICAL 3 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE SECTEUR MÉDICAL 2 AUTRE SOURCE SECTEUR NON MÉDICAL 3 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE SECTEUR MÉDICAL 2 AUTRE SOURCE SECTEUR NON MÉDICAL 3 NE SAIT PAS 8
474R	VÉRIFIER 474 : ARSUMAX/ARSUNATE/ARINATE/ ARTESIANE/COARTEM	CODE "E" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474V)	CODE "E" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474V)	CODE "E" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474V)	CODE "E" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474V)
474S	Combien de temps après le début de la fièvre/ convulsions, (NOM) a-t-il (elle) commencé à prendre l'Arsumax/Arsunate/Arinate/Artesiane/Coartem ?	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8
474T	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris l'Arsumax/Arsunate/Arinate/Artesiane/Coartem ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS <input type="text"/>			
		NE SAIT PAS 8			
474U	Aviez-vous l'Arsumax/Arsunate/Arinate/Artesiane/Coartem à la maison, ou l'avez-vous obtenu de quelque part d'autre ? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu l'Arsumax/Arsunate/Arinate/Artesiane/Coartem la première fois ?	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE SECTEUR MÉDICAL 2 AUTRE SOURCE SECTEUR NON MÉDICAL 3 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE SECTEUR MÉDICAL 2 AUTRE SOURCE SECTEUR NON MÉDICAL 3 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE SECTEUR MÉDICAL 2 AUTRE SOURCE SECTEUR NON MÉDICAL 3 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE SECTEUR MÉDICAL 2 AUTRE SOURCE SECTEUR NON MÉDICAL 3 NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____	NOM _____	NOM _____	NOM _____
474V	Est-ce quelque chose (d'autre) a été fait pour traiter (la fièvre/les convulsions) de (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 474X) <----- NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 474X) <----- NE SAIT PAS 8		
474W	En dehors du traitement médical, avez-vous eu recours à : - la médecine traditionnelle ? - la médecine spirituelle (révélée) ? OUI NON MÉDECINE TRADITION. 1 2 MÉDECINE SPIRITUELLE 1 2 OUI NON MÉDECINE TRADITION. 1 2 MÉDECINE SPIRITUELLE 1 2		
474X	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide a été offerte à (NOM) durant la fièvre/les convulsions. Lui avez-vous offert à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous offert à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8		
474Y	Quand (NOM) a eu la fièvre/les convulsions, lui avez-vous offert moins à manger que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger du tout ? SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous offert à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ LA NOURRITURE 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8		
475	Est-ce que (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 483) <----- NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 483) <----- NE SAIT PAS 8		
476	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide a été offerte à (NOM) durant sa diarrhée. Lui avez-vous offert à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous offert à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8		
477	Quand (NOM) a eu la diarrhée, lui avez-vous offert moins à manger que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger du tout ? SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous offert à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ LA NOURRITURE 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8		
477A	VÉRIFIER 445 : ENFANT ACTUELLEMENT ALLAITÉ	'OUI' A Q.445 <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 478)	'NON' A Q.445 <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 478)	'OUI' A Q.445 <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 478)	'NON' A Q.445 <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 478)
477B	Quand (NOM) a eu la diarrhée, l'avez-vous allaité moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou avez-vous arrêté de l'allaiter ? SI MOINS, INSISTER : L'avez-vous allaité beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ ALLAITEMENT 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ ALLAITEMENT 5 NE SAIT PAS 8		

		DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____	NOM _____	NOM _____	NOM _____
478	Lui avez-vous donné l'une des choses suivantes à boire ?	OUI NON NSP		OUI NON NSP	
a	Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé SRO?	LIQUIDE SACHET SRO..... 1 2 8		LIQUIDE SACHET SRO..... 1 2 8	
b	Solution maison sucrée/salée (SSS) ?	SOL.SUCRÉ-SALÉ 1 2 8		SOL.SUCRÉ-SALÉ 1 2 8	
c	Une bouillie légère faite à partir de riz (ou mais, igname, manioc, plantain) ?	BOUILLIE LEGERE..... 1 2 8		BOUILLIE LEGERE..... 1 2 8	
d	Soupe (par ex. soupe de carotte) ?	SOUPE 1 2 8		SOUPE 1 2 8	
e	Thé, tisane, décoction de feuilles de goyave ?	THE, TISANE 1 2 8		THE, TISANE 1 2 8	
f	Lait ou préparation pour bébé ?	LAIT/PREPAR. BEBE 1 2 8		LAIT/PREPAR. BEBE..... 1 2 8	
g	Boisson à base de yaourt ?	BOISSON BASE YAOURT. 1 2 8		BOISSON BASE YAOURT. 1 2 8	
h	Eau ?	EAU 1 2 8		EAU 1 2 8	
i	N'importe quel autre liquide ?	AUTRES..... 1 2 8		AUTRES 1 2 8	
479	Est-ce que quelque chose (d'autre) a été donnée pour traiter la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 481) ← NE SAIT PAS 8		OUI 1 NON 2 (PASSER À 481) ← NE SAIT PAS 8	
480	Qu'a-t-on donné (d'autre) à [NOM] pour traiter la diarrhée ? Quelque chose d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION B (I.V.) INTRAVEINEUSE..... C REMÈDES MAISON/ PLANTES D AUTRE X		COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION..... B (I.V.) INTRAVEINEUSE..... C REMÈDES MAISON/ PLANTES D AUTRE X	
481	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 483) ←		OUI 1 NON 2 (PASSER À 483) ←	
482	Où avez-vous demandé un conseil ou recherché un traitement ? Quelque part ailleurs ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE DE SANTÉ/SMI. B POSTE DE SANTÉ. C SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE D CABINET MÉDECIN PRIVÉ E CABINET SOINS INFIRMIER F CENTRE MÉDICO-SOCIAL G PHARMACIE H AUTRE SECTEUR PRIVÉ TRADI-THÉRAPEUTE I CENTRE MEDECIN SPIRITUEL .. J VENDEUR AMBULANT/ PHARMACIE PAR TERRE K BOUTIQUE/MARCHE L AUTRE X		SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE DE SANTÉ/SMI. B POSTE DE SANTÉ. C SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE..... D CABINET MÉDECIN PRIVÉ..... E CABINET SOINS INFIRMIER F CENTRE MÉDICO-SOCIAL G PHARMACIE H AUTRE SECTEUR PRIVÉ TRADI-THÉRAPEUTE I CENTRE MEDECIN SPIRITUEL .. J VENDEUR AMBULANT/ PHARMACIE PAR TERRE.... K BOUTIQUE/MARCHE L AUTRE X	
483		RETOURNER À 456 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 486.		RETOURNER À 456 DANS DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 486.	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
486	<p>VÉRIFIER 478a TOUTES LES COLONNES :</p> <p>AUCUN ENFANT N'A REÇU DE SACHET DE SRO <input type="checkbox"/> ✓</p> <p>UN ENFANT A REÇU DES SACHETS DE SRO <input type="checkbox"/></p> <p>OU QUESTION NON-POSÉE.</p>	<p>→ 487A</p>	
487	<p>Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé SRO que l'on utilise pour traiter la diarrhée ? [MONTRER LE SACHET DE SRO]</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p>	
487A	<p>VÉRIFIER 478b TOUTES LES COLONNES :</p> <p>AUCUN ENFANT N'A REÇU DE SOLUTION SUCRÉE-SALÉE <input type="checkbox"/> ✓</p> <p>UN ENFANT A REÇU UNE SOLUTION SUCRÉE-SALÉE <input type="checkbox"/></p> <p>OU QUESTION NON-POSÉE.</p>	<p>→ 491</p>	
487B	<p>Avez-vous déjà entendu parler d'une préparation faite à la maison avec de l'eau, du sucre et du sel que l'on utilise pour traiter la diarrhée ?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p>	
491	<p>VÉRIFIER 215 ET 218 :</p> <p>A AU MOINS UN ENFANT NÉ EN 2002 OU APRES ET VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/> ✓</p> <p>N'A PAS D'ENFANT NÉ EN 2002 OU APRES ET VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/></p> <p>ENREGISTRER LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE (ET CONTINUER À 492)</p> <p>----- (NOM)</p>	<p>→ 494</p>	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	CODES
492	<p>Maintenant, je voudrais vous demander quel liquide [NOM À Q. 491] a bu au cours des 7 derniers jours, y compris hier.</p> <p>Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM À Q. 491] a-t-il/elle bu un ou des liquides suivants ?</p> <p>POUR CHACUN DES LIQUIDES BUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER :</p> <p>Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM À Q. 491) a-t-il/elle bu :</p> <p>a Eau ?</p> <p>b Boisson de complément pour bébé, par exemple, Cerelac, farine de soja ?</p> <p>c Tout autre type de lait, comme lait en boîte, en poudre, ou lait frais en bouteille ?</p> <p>d Jus de fruit naturel ?</p> <p>e Autres liquides tels que eau sucrée, thé, café, boissons gazeuses ?</p> <p>f Bouillon ou soupe ?</p> <p>g N'importe quel autre type de liquide.</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI 'NE SAIT PAS', NOTER '8'.</p>	<p>7 DERNIERS JOURS</p> <p>NOMBRE DE JOURS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p> <p>f <input type="text"/></p> <p>g <input type="text"/></p>	<p>HIER/ NUIT DERNIÈRE</p> <p>NOMBRE DE FOIS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p> <p>f <input type="text"/></p> <p>g <input type="text"/></p>
493	<p>Maintenant, je voudrais vous demander quelle nourriture [NOM À Q. 491] a reçu au cours des 7 derniers jours, y compris hier.</p> <p>Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM À Q. 491] a-t-il/elle reçu un ou des aliments suivants ?</p> <p>POUR CHACUN DES ALIMENTS REÇUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER :</p> <p>Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM À Q. 491) a-t-il/elle reçu :</p> <p>a Aliments à base de céréales, comme le maïs blanc, riz, blé, ou autres céréales, sous forme de bouillie, pâte, boule, pain ?</p> <p>b Autres aliments à base de tubercules, comme les pommes de terre, igname blanche, manioc, taro ou tubercules/racines ?</p> <p>c N'importe quel légume à feuilles vertes, comme les épinards, l'amarante, les feuilles de manioc ?</p> <p>d Mangue, papaye, carotte, courge, maïs jaune, patate douce, noix de palme ?</p> <p>e Tout autre fruit et légume, comme banane, plantain, pomme, haricots verts, avocat, tomate ?</p> <p>f Viande, volaille, poisson, coquillages, œufs, ou viande de la brousse tel que le gibier, etc. ?</p> <p>g Sauterelles, escargot, termites, chenilles ou serpent ?</p> <p>h Légumes secs et légumineuses tels que le soja, arachides, petits poids ou haricots ?</p> <p>i Fromage ou yaourts ?</p> <p>j Tout aliment préparé avec de l'huile de palme/arachide/soja, du beurre ou de la margarine ?</p> <p>k N'importe quel autre type d'aliment solide ou semi-solide ?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI 'NE SAIT PAS', NOTER '8'.</p>	<p>7 DERNIERS JOURS</p> <p>NOMBRE DE JOURS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p> <p>f <input type="text"/></p> <p>g <input type="text"/></p> <p>h <input type="text"/></p> <p>i <input type="text"/></p> <p>j <input type="text"/></p> <p>k <input type="text"/></p>	<p>HIER/ NUIT DERNIÈRE</p> <p>NOMBRE DE FOIS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p> <p>f <input type="text"/></p> <p>g <input type="text"/></p> <p>h <input type="text"/></p> <p>i <input type="text"/></p> <p>j <input type="text"/></p> <p>k <input type="text"/></p>

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
494	Avez-vous dormi sous une moustiquaire la nuit dernière ?	OUI1 NON2	
499A	Au cours des six derniers mois, avez-vous eu une injection pour n'importe quelle raison ? SI OUI : Combien d'injections avez-vous eu ? SI LE NOMBRE D'INJECTION EST SUPÉRIEUR À 94 OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTRER '95'. EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION	NOMBRE D'INJECTIONS..... <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE00	→501
499B	Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, un ou une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou un autre agent de santé ? SI OUI : Combien d'injections avez-vous eu ? SI LE NOMBRE D'INJECTION EST SUPÉRIEUR À 94 OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTRER '95'. EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION	NOMBRE D'INJECTIONS..... <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE00	→501
499 C	La dernière fois que vous avez eu une injection, où êtes-vous allée pour qu'on vous la fasse ?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL.....11 CENTRE DE SANTÉ/SMI.....12 POSTE DE SANTÉ.....13 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE.....21 CABINET MÉDECIN PRIVÉ.....22 CABINET SOINS INFIRMIER.....23 CENTRE MEDICO-SOCIAL.....24 ASS. CONGOLAISE DE BIEN- ETRE FAMILIAL25 PHARMACIE.....26 DENTISTE27 AUTRE SECTEUR PRIVÉ TRADI-THÉRAPEUTE.....31 CENTRE MEDECINE SPIRITUELLE ..32 PROPRE/AUTRE MAISON.....41 AUTRE ENDROIT96	
499 D	La dernière fois que vous avez eu une injection, est-ce que la personne qui a effectué la piqûre a pris la seringue et l'aiguille d'un emballage neuf et qui n'était pas ouvert ?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	

SECTION 5. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
501	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariée?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME 2 NON, PAS EN UNION 3	<input type="checkbox"/> → 504
502	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME .. 2 NON 3	<input type="checkbox"/> → 518
503	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE 1 DIVORCÉE 2 SÉPARÉE 3	<input type="checkbox"/> → 510
504	Est-ce que votre mari/partenaire vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs?	VIVENT ENSEMBLE 1 VIT AILLEURS 2	
505	ENREGISTRER LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DU MARI/PARTENAIRE INSCRIT DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, ENREGISTRER '00'	NOM NO. DE LIGNE <input type="text"/>	
506	Quel âge avait votre mari/partenaire à son dernier anniversaire?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/>	
507	À part vous, est-ce que votre mari/partenaire a d'autres épouses ou vit-il avec d'autres femmes comme s'il était marié?	OUI 1 NON 2 NSP 8	<input type="checkbox"/> → 510
508	En vous comptant, avec combien d'épouses ou partenaires votre mari vit-il actuellement?	NOMBRE D'ÉPOUSES ET DE PARTENAIRES <input type="text"/> NSP 98	
509	Êtes-vous la première, deuxième,.....épouse?	RANG <input type="text"/>	
510	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une seule fois ou plus d'une fois?	SEULEMENT UNE FOIS 1 PLUS D'UNE FOIS 2	
511	VÉRIFIER 510: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> MARIÉE/ A VÉCU AVEC 1 HOMME SEULEMENT UNE FOIS En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre sous le même toit avec votre mari/partenaire? </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> MARIÉE/ A VÉCU AVEC 1 HOMME PLUS D'UNE FOIS J'aimerais parler du moment où pour la première fois, vous vous êtes mariée ou vous avez commencé à vivre avec un homme comme si vous étiez mariés. En quel mois et quelle année vous êtes-vous mariée ou avez-vous commencé à vivre avec un homme sous le même toit pour la première fois? </div> </div>	MOIS <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	<input type="checkbox"/> → 513
512	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui?	ÂGE <input type="text"/>	
513	VÉRIFIER 503: L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ACTUELLEMENT VEUVE? <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> PAS POSÉE OU PAS VEUVE </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> VEUVE </div> </div>		<input type="checkbox"/> → 516

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
514	VÉRIFIER 510: MARIÉE PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/>	MARIÉE UNE FOIS <input type="checkbox"/>	→ 518
515	Comment s'est terminée votre précédente union/mariage?	DÉCÈS/VEUVAGE 1 DIVORCE 2 SÉPARATION 3	→ 518
516	À qui est passée la plus grande partie des biens que possédait votre mari?	ENQUÊTÉE 1 AUTRE ÉPOUSE 2 ENFANTS DE L'ENQUÊTÉE 3 ENFANTS DU CONJOINT 4 FAMILLE DU CONJOINT 5 AUTRE 6 AUCUN BIEN 7	→ 518
517	Avez-vous reçu certains des biens ayant de la valeur de votre dernier mari?	OUI 1 NON 2	
518	VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
519	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains problèmes de la vie familiale. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois des rapports sexuels (si vous en avez déjà eu)?	JAMAIS 00 ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> PREMIÈRE FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIER) MARI/PARTENAIRE. 95	→ 521 → 521
520	Avez-vous l'intention d'attendre d'être mariée pour commencer à avoir des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/ PAS SÛRE 8	→ 544
521	VÉRIFIER 106: 15-24 ANS <input type="checkbox"/>	25-49 ANS <input type="checkbox"/>	→ 526
522	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé ?	OUI 1 NON 2 NSP/NE SE SOUVIENT PAS 8	
523	Quel âge avait la personne avec qui vous avez eu vos premiers rapports sexuels?	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	→ 526
524	Cette personne était-elle plus âgée que vous, plus jeune ou bien avait-elle environ le même âge que vous?	PLUS ÂGÉ 1 PLUS JEUNE 2 MÊME ÂGE 3 NSP/NE SE SOUVIENT PAS 8	→ 526
525	Diriez-vous que cette personne avait dix ans de plus que vous ou davantage, ou moins de dix ans de plus que vous?	DIX ANS OU PLUS 1 MOINS DE DIX ANS 2 PLUS VIEUX, NSP DE COMBIEN 3	
526	Quand avez-vous eu vos derniers rapports sexuels? S'IL Y A 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE CONVERTIE ET ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	IL Y A JOURS 1 IL Y A SEMAINES 2 IL Y A MOIS 3 IL Y A ANNÉES 4	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> → 539

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
527	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde, troisième) personne, un condom a-t-il été utilisé?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 529) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 529) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 529) ←
528	Avez-vous utilisé un condom chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
529	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde, troisième) personne, vous ou cette personne aviez-vous bu de l'alcool?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 531) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 531) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 531) ←
530	Cette personne ou vous-même, étiez-vous ivre à ce moment-là? SI OUI : Qui était ivre?	ENQUÊTÉE SEULE .. 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉE ET PARTENAIRE 3 NI L'1 NI L'AUTRE. . 4	ENQUÊTÉE SEULE .. 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉE ET PARTENAIRE 3 NI L'1 NI L'AUTRE. . 4	ENQUÊTÉE SEULE .. 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉE ET PARTENAIRE 3 NI L'1 NI L'AUTRE. . 4
531	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels? SI AMI: Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariée? SI OUI, ENCERCLER '02' SI NON, ENCERCLER '03'	MARI 01 (PASSER À 537) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE . 02 AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE ... 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE ... 04 PROFESSIONNEL DU SEXE 05 AUTRE 96	MARI 01 (PASSER À 537) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE . 02 AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE ... 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE ... 04 PROFESSIONNEL DU SEXE 05 AUTRE 96	MARI 01 (PASSER À 538) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE . 02 AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE ... 04 PROFESSIONNEL DU SEXE 05 AUTRE 96
532	Depuis combien de temps avez-vous des rapports sexuels avec cette personne? SI L'ENQUÊTÉE N'A EU DES RAPPORTS SEXUELS QU'1 SEULE FOIS, ENREGISTRER '01'JOUR	JOURS .. 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES .. 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS .. 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES .. 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS .. 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES .. 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
533	VÉRIFIER 106 ;	15-24 25-49 <input type="text"/> ANS ANS <input type="text"/> (PASSER À 537) ←	15-24 25-49 <input type="text"/> ANS ANS <input type="text"/> (PASSER À 537) ←	15-24 25-49 <input type="text"/> ANS ANS <input type="text"/> (PASSER À 538) ←
534	Quel âge a cette personne?	ÂGE DU <input type="text"/> <input type="text"/> PARTENAIRE (PASSER À 537) ← NSP 98	ÂGE DU <input type="text"/> <input type="text"/> PARTENAIRE (PASSER À 537) ← NSP 98	ÂGE DU <input type="text"/> <input type="text"/> PARTENAIRE (PASSER À 538) ← NSP 98
535	Cette personne est-elle plus âgée que vous, plus jeune que vous ou bien a-t-elle environ le même âge que vous?	PLUS ÂGÉE 1 PLUS JEUNE 2 MÊME ÂGE 3 NSP 8 (PASSER À 537) ←	PLUS ÂGÉE 1 PLUS JEUNE 2 MÊME ÂGE 3 NSP 8 (PASSER À 537) ←	PLUS ÂGÉE 1 PLUS JEUNE 2 MÊME ÂGE 3 NSP 8 (PASSER À 538) ←
536	Diriez-vous que cette personne a dix ans de plus que vous ou davantage ou moins de dix ans de plus que vous?	DIX ANS OU PLUS .. 1 PLUS ÂGÉ MOINS DE DIX ANS ... 2 PLUS ÂGÉE, NSP DE COMBIEN ... 3	DIX ANS OU PLUS .. 1 PLUS ÂGÉ MOINS DE DIX ANS ... 2 PLUS ÂGÉE, NSP DE COMBIEN ... 3	DIX ANS OU PLUS .. 1 PLUS ÂGÉ MOINS DE DIX ANS ... 2 PLUS ÂGÉE, NSP DE COMBIEN ... 3
537	Mis à part (cette/ces deux personnes) avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre au cours des 12 derniers mois?	OUI 1 (RETOUR À 527 ← COL. SUIVANTE) NON 2 (PASSER À 539) ←	OUI 1 (RETOUR À 527 ← COL. SUIVANTE) NON 2 (PASSER À 539) ←	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
538	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ? EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE EST SUPÉRIEUR À '95', INSCRIVEZ '95'	NOMBRE DE PARTENAIRES ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
539	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels dans toute votre vie ? EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE EST SUPÉRIEUR À '95', INSCRIVEZ '95'	NOMBRE DE PARTENAIRES ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
540	VÉRIFIER LA PAGE DE COUVERTURE; ENQUETE HOMME DANS CE MÉNAGE? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>		→ 544
541	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRE PERSONNES NE CONTINUEZ PAS TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS COMPLÈTEMENT EN PRIVÉ AVEC L'ENQUÊTÉE.	PRIVÉ OBTENU 1 IMPOSSIBLE D'ÊTRE EN PRIVÉ 2	→ 544
542	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, diriez-vous que vous vouliez avoir ces rapports sexuels ou que vous y aviez été forcée contre votre volonté?	VOULAIT 1 A ÉTÉ FORCÉE 2 REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	
543	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a obligé à avoir des rapports sexuels contre votre volonté?	OUI 1 NON 2 REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	
544	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms?	OUI 1 NON 2	→ 601
545	Où est-ce? Y a-t-il un autre endroit? ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE DE SANTÉ/S.M.I. B POSTE DE SANTÉ C SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE D CABINET MÉDECIN PRIVÉ E CABINET SOINS INFIRMIER F CENTRE MEDICO-SOCIAL G ASS. CONGOLAISE DE BIEN- ETRE FAMILIAL H PHARMACIE I AUTRE SOURCE TRADI-THÉRAPEUTE J CENTRE MEDECINE SPIRITUELLE . K VENDEUR AMBULANT/ PHARMACIE PAR TERRE L BOUTIQUE/MARCHÉ M BAR/BOITE DE NUIT/HOTEL . . . N PARENTS/AMIS O AUTRE ENDROIT X	
546	Si vous le vouliez, pourriez-vous vous procurer vous-même un condom?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8	

SECTION 6. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
601	VÉRIFIER 311/311A : <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 614								
602	VÉRIFIER 226 : <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> ENCEINTE <input type="checkbox"/> ↓ </div> </div> <p>Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir.</p> <p>Voudriez-vous avoir un (autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants du tout ? Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autres enfants du tout ?</p>	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT 1 PAS D'AUTRE DU TOUT/AUCUN 2 → 604 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 3 → 614 INDÉCISE/NE SAIT PAS : ET ENCEINTE 4 → 610 ET PAS ENCEINTE/ PAS SÛRE 5 → 608									
603	VÉRIFIER 226 : <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> ENCEINTE <input type="checkbox"/> ↓ </div> </div> <p>Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant ? Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?</p>	MOIS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉES 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> BIENTÔT/MAINTENANT 993 → 609 DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE... 994 → 614 APRÈS MARIAGE 995 AUTRE 996 → 609 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 998									
604	VÉRIFIER 226 : <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> ENCEINTE <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 610								
605	VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE ? <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> NON POSÉE <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> N'UTILISE PAS ACTUEL- LEMENT <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> UTILISE AC- TUELLEMENT <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 608								
606	VÉRIFIER 603 : <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> NON POSÉE <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> 24 MOIS OU PLUS OU 02 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> 00-23 MOIS OU 00-01 ANNÉE <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 610								

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
607	<p>VÉRIFIER 602 :</p> <p>VEUT UN/UN AUTRE ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>Vous avez dit que, dans l'immédiat, vous ne vouliez pas avoir (un/un autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse. Pouvez-vous me dire pourquoi ?</p> <p>Autre raison ?</p> <p>ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p>	<p>NON MARIÉEA</p> <p>RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELSB</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTSC</p> <p>MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIED</p> <p>SOUS-FÉCONDE/STÉRILEE</p> <p>AMÉNORRÉE POSTPARTUMF</p> <p>ALLAITEMENTG</p> <p>FATALISTEH</p> <p>OPPOSITION À L'UTILISATION</p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉEI</p> <p>MARI/PARTENAIRE OPPOSÉJ</p> <p>AUTRES PERSONNES OPPOSÉESK</p> <p>INTERDITS RELIGIEUXL</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>CONNAÎT AUCUNE MÉTHODEM</p> <p>CONNAÎT AUCUNE SOURCEN</p> <p>RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES</p> <p>PROBLÈMES DE SANTÉO</p> <p>PEUR DES EFFETS SECONDAIRES ...P</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP LOINQ</p> <p>TROP CHERR</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISERS</p> <p>INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NORMALES DU CORPST</p> <p>AUTREX (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PASZ</p>	
608	<p>Dans les semaines qui viennent, si vous découvriez que vous êtes enceinte, cela serait-il un problème important, un petit problème ou cela ne vous poserait-il aucun problème ?</p>	<p>PROBLÈME IMPORTANT 1</p> <p>PETIT PROBLÈME 2</p> <p>AUCUN PROBLÈME 3</p> <p>DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE/ N'A PAS DE RAPPORTS SEXUELS.. 4</p>	
609	<p>VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE ?</p> <p>NON POSÉE <input type="checkbox"/> NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> OUI, UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p>		→614
610	<p>Pensez-vous que, dans un avenir proche ou lointain, vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→612
611	<p>Quelle méthode préféreriez-vous utiliser ?</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE 01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE 02</p> <p>PILULE 03</p> <p>DIU 04</p> <p>INJECTIONS 05</p> <p>IMPLANTS 06</p> <p>CONDOM 07</p> <p>CONDOM FÉMININ 08</p> <p>DIAPHRAGME 09</p> <p>MOUSSE/GELÉE 10</p> <p>MAMA 11</p> <p>CONTINENCE PÉRIODIQUE 12</p> <p>RETRAIT 13</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISER)</p> <p>PAS SÛRE 98</p>	→614

SECTION 7. CARACTÉRISTIQUES DU CONJOINT ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
701	VÉRIFIER 501 ET 502 : ACTUEL. MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> ↓ A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	→703 →707
702	Quel âge a eu votre mari/partenaire à son dernier anniversaire ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ... <input type="text"/>	
703	Est-ce que votre (dernier) mari/partenaire a fréquenté l'école ?	OUI 1 NON 2	→706
704	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint : primaire, secondaire premier cycle, secondaire second cycle ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE/SECONDAIRE TECHNIQUE 1 ^{er} CYCLE 2 SECONDAIRE/SECONDAIRE TECHNIQUE 2 nd CYCLE 3 SUPÉRIEUR/SUPÉRIEUR TECHNIQUE/PROFESSIONNEL 4 NE SAIT PAS 8	→706
705	Quelle est la dernière classe/année qu'il a achevée à ce niveau ?*	CLASSE <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	
706	VÉRIFIER 701 : ACTUEL. MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> ↓ A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> Quelle est l'occupation de votre mari/partenaire ? C'est-à-dire, quel genre de travail fait-il principalement ? Quelle était l'occupation de votre dernier mari/partenaire ? C'est-à-dire, quel genre de travail faisait-il principalement ?	<input type="text"/> _____ _____ _____	
707	En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous travaillez actuellement ?	OUI 1 NON 2	→710
708	Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou travaillent sur les terres de la famille ou dans l'affaire de la famille. Faites-vous en ce moment quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail ?	OUI 1 NON 2	→710
709	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	→719
710	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail faites- vous principalement ?	<input type="text"/> _____ _____ _____	

* Codes pour Q.705

NIVEAU	PRIMAIRE	SECONDAIRE 1 ^{er} CYCLE	SECONDAIRE 2 nd CYCLE	SUPERIEUR	
CLASSE	MOINS D'1 AN = 0				
*	CP1=1 CP2=2 CE1=3	CE2=4 CM1=5 CM2=6	6e=1 5e=2 4e=3 3e=4	2nde=1 1e=2 Terminale=3	1ere AN = 1 2e AN = 2 3e AN = 3 4e AN + = 4

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																																				
711	VÉRIFIER 710 : TRAVAILLE DANS AGRICULTURE <input type="checkbox"/>	NE TRAVAILLE PAS DANS AGRICULTURE <input type="checkbox"/>	→ 713																																				
712	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre, ou sur la terre de votre famille, ou travaillez-vous sur une terre que vous louez, ou travaillez vous sur la terre de quelqu'un d'autre ?	PROPRE TERRE1 TERRE DE LA FAMILLE2 TERRE LOUÉE3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE4 TERRE DU CLAN/COMMUNAUTÉ5																																					
713	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre, ou êtes-vous à votre compte ?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE2 À SON COMPTE3																																					
714	Travaillez-vous habituellement à la maison ou loin de la maison ?	À LA MAISON1 LOIN DE LA MAISON2																																					
715	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière, ou seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE2 TEMPS EN TEMPS3																																					
716	Pour ce travail, touchez-vous de l'argent, êtes-vous payée en nature ou n'êtes-vous pas du tout payée ?	ARGENT SEULEMENT1 ARGENT ET NATURE2 EN NATURE SEULEMENT3 PAS PAYÉE4	→ 720																																				
717	Qui décide principalement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé ?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME1 MARI/PARTENAIRE2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE3 QUELQU'UN D'AUTRE4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE ENSEMBLE5																																					
718	En moyenne, quelle part des dépenses de votre ménage est payée par ce que vous gagnez : presque rien, moins de la moitié, à peu près la moitié, plus de la moitié ou la totalité ?	PRESQUE RIEN1 MOINS DE LA MOITIÉ2 À PEU PRÈS LA MOITIÉ3 PLUS DE LA MOITIÉ4 LA TOTALITÉ5 RIEN, TOUT SON REVENU EST GARDÉ.6																																					
720	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE MOMENT (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS, OU PAS PRÉSENTES)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRÉS./ ÉCOUTE</th> <th>PRÉS./ ÉCOUTE PAS</th> <th>PAS PRÉS.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS <10</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>MARI</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		PRÉS./ ÉCOUTE	PRÉS./ ÉCOUTE PAS	PAS PRÉS.	ENFANTS <10	1	2	8	MARI	1	2	8	AUTRES HOMMES	1	2	8	AUTRES FEMMES	1	2	8																	
	PRÉS./ ÉCOUTE	PRÉS./ ÉCOUTE PAS	PAS PRÉS.																																				
ENFANTS <10	1	2	8																																				
MARI	1	2	8																																				
AUTRES HOMMES	1	2	8																																				
AUTRES FEMMES	1	2	8																																				
721	Parfois un mari est contrarié ou en colère à cause de certaines choses que fait sa femme. À votre avis, est-il normal qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si elle est infidèle ?</td> <td>INFIDELE 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Si elle sort sans le lui dire ?</td> <td>SORTIR 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?</td> <td>REFUSER SEX. 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Si elle manque de respect à son mari ?</td> <td>RESPECT MARI 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Si elle manque de respect à la famille de son mari ?</td> <td>RESP. FAMILLE 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Si elle néglige les enfants ?</td> <td>NÉGL. ENFANTS 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Si elle néglige les travaux domestiques ?</td> <td>NÉGL. TRAVAUX 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Si elle dépense l'argent du ménage sans autorisation du mari ?</td> <td>ARGENT 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	Si elle est infidèle ?	INFIDELE 1	2	8	Si elle sort sans le lui dire ?	SORTIR 1	2	8	Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?	REFUSER SEX. 1	2	8	Si elle manque de respect à son mari ?	RESPECT MARI 1	2	8	Si elle manque de respect à la famille de son mari ?	RESP. FAMILLE 1	2	8	Si elle néglige les enfants ?	NÉGL. ENFANTS 1	2	8	Si elle néglige les travaux domestiques ?	NÉGL. TRAVAUX 1	2	8	Si elle dépense l'argent du ménage sans autorisation du mari ?	ARGENT 1	2	8	
	OUI	NON	NSP																																				
Si elle est infidèle ?	INFIDELE 1	2	8																																				
Si elle sort sans le lui dire ?	SORTIR 1	2	8																																				
Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?	REFUSER SEX. 1	2	8																																				
Si elle manque de respect à son mari ?	RESPECT MARI 1	2	8																																				
Si elle manque de respect à la famille de son mari ?	RESP. FAMILLE 1	2	8																																				
Si elle néglige les enfants ?	NÉGL. ENFANTS 1	2	8																																				
Si elle néglige les travaux domestiques ?	NÉGL. TRAVAUX 1	2	8																																				
Si elle dépense l'argent du ménage sans autorisation du mari ?	ARGENT 1	2	8																																				

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
620	Avec qui en avez-vous parlé ? Quelqu'un d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MARI/PARTENAIRE.....A MÈREB PÈRE.....C SOEUR(S).....D FRÈRE(S).....E FILLE(S).....F FILS.....G BELLE-MÈRE(S).....H AMI(E)(S)/VOISIN(E)(S).....I AUTREX (PRÉCISER)	
621	VÉRIFIER 501 : OUI, ACTUEL- LEMENT <input type="checkbox"/> MARIÉE <input type="checkbox"/> OUI, <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> NON, <input type="checkbox"/> PAS EN UNION		→701
622	VÉRIFIER 311/311A : UN CODE <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> PAS DE CODE <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>		→624A
624	Maintenant je voudrais vous demander des opinions de votre mari/partenaire en matière de planification familiale. Pensez-vous que votre mari/partenaire approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse ?	APPROUVE.....1 DÉSAPPROUVE2 NE SAIT PAS8	
624A	VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE ? NON <input type="checkbox"/> POSÉE <input type="checkbox"/> N'UTILISE <input type="checkbox"/> PAS ACTUEL- LEMENT <input type="checkbox"/> UTILISE AC- TUELLEMENT <input type="checkbox"/>		→624C
624B	Pensez vous que si vous décidiez d'utiliser une méthode pour éviter ou retarder une grossesse, votre mari/partenaire approuverait votre décision ?	APPROUVERAIT1 DÉSAPPROUVERAIT2 NE SAIT PAS/PAS SURE/DEPEND8	→625
624C	VÉRIFIER 311/311A : UTILISE <input type="checkbox"/> UNE AUTRE <input type="checkbox"/> MÉTHODE <input type="checkbox"/> UTILISE <input type="checkbox"/> STÉRILISATION MASCULINE, CONDOM, OU RETRAIT		→625
624D	Est-ce que votre mari/partenaire approuve ou désapprouve le fait que vous utilisiez une méthode pour éviter ou retarder une grossesse ?	APPROUVE.....1 DÉSAPPROUVE2 MARI/PARTENAIRE NE SAIT PAS QU'ELLE UTILISE3 NE SAIT PAS/PAS SURE/DEPEND8	
625	Combien de fois, au cours des douze derniers mois, avez-vous parlé de la planification familiale avec votre mari/partenaire ?	JAMAIS.....1 UNE OU DEUX FOIS2 PLUS SOUVENT.....3	
626	VÉRIFIER 311/311A : NI LUI NI ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→701
627	Pensez-vous que votre mari/partenaire veut le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage que vous ou en veut moins que vous ?	MÊME NOMBRE1 PLUS D'ENFANTS2 MOINS D'ENFANTS.....3 NE SAIT PAS8	

SECTION 8. VIH/SIDA ET AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
801	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée sida?	OUI 1 NON 2	→ 844
802	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant seulement un partenaire sexuel - qui n'est pas infecté et - qui n'a aucun autre partenaire?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
803	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par des piqûres de moustiques?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
804	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
805	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne atteinte du sida?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
806	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en s'abstenant de rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
807	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
808	Y a-t-il quelque chose (d'autre) qu'une personne peut faire pour éviter ou réduire ses risques de contracter le virus qui cause le sida?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	↳ 810
809	Que peut-on faire? Quelque chose d'autre? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS A UTILISER DES CONDOMS B SE LIMITER À 1 PARTENAIRE/RESTER FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIRE C LIMITER LE NBRE DE PARTENAIRES SEXUELS D ÉVITER SEX. AVEC PROSTITUÉS E ÉVITER SEX. AVEC PERSONNES AYANT PLUSIEURS PARTENAIRES F ÉVITER SEX. AVEC HOMOSEXUELS G ÉVITER SEX. AVEC PERS. QUI S'INJECTENT DES DROGUES H ÉVITER TRANSFUSION SANGUINE I ÉVITER LES INJECTIONS J ÉVITER PARTAGER LAMES/RASOIRS K ÉVITER D'EMBRASSER L ÉVITER PIQÛRES MOUSTIQUES M CHERCHER PROTECTION DE GUÉRISSEUR TRADITIONNEL N CHERCHER PROTECTION PAR LA PRIÈRE O AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	
810	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
811	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son bébé : Au cours de la grossesse? Pendant l'accouchement? Pendant l'allaitement?	OUI NON NSP GROSSESSE 1 2 8 ACCOUCHEMENT 1 2 8 ALLAITEMENT 1 2 8	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																
812	VÉRIFIER 811: AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓	AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 814																
813	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une sage femme peut donner à une femme infectée par le virus du sida pour réduire le risque de transmission à son bébé?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																	
814	Y a-t-il des médicaments spéciaux que les personnes infectées par le virus du sida peuvent obtenir auprès d'un médecin?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																	
815	VÉRIFIER 215 DERNIÈRE NAISSANCE DEPUIS <input type="checkbox"/> JANVIER 2003 ↓	AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> DERNIÈRE NAISSANCE AVANT JANVIER 2003 <input type="checkbox"/>	→ 824 → 824																
816	VÉRIFIER 407 POUR LA DERNIÈRE NAISSANCE CODES A, B, C, D, OU E <input type="checkbox"/> ENCERCLÉS ↓	AUTRES CODES <input type="checkbox"/>	→ 824																
817	Au cours de l'une des visites prénatales pour cette grossesse, est-ce que l'on vous a parlé de l'un des sujets suivants: Des bébés qui contractent le virus du sida de leur mère? Des choses que l'on peut faire pour ne pas contracter le sida? Effectuer un test du sida?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIDA DE LA MÈRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>CHOSSES À FAIRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TEST DU SIDA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	SIDA DE LA MÈRE	1	2	8	CHOSSES À FAIRE	1	2	8	TEST DU SIDA	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
SIDA DE LA MÈRE	1	2	8																
CHOSSES À FAIRE	1	2	8																
TEST DU SIDA	1	2	8																
818	Dans le cadre de ces soins prénatals, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du sida?	OUI 1 NON 2																	
819	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du sida dans le cadre de vos soins prénatals?	OUI 1 NON 2	→ 824																
820	Je ne veux pas connaître les résultats mais est-ce que vous avez obtenu les résultats du test?	OUI 1 NON 2																	
821	Où avez-vous effectué le test?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 11 CENTRE DE SANTÉ/SMI. 12 LABORATOIRE NATIONAL 13 CENTRE DÉPISTAGE ANONYME VOLONTAIRE (CDAV) 14 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE 21 CABINET MÉDICAL 22 LABORATOIRE 23 CENTRE MÉDICO-SOCIAL 24 ASS. CONGOLAISE DE BIEN- ETRE FAMILIAL 25 AUTRE ENDROIT 96																	
822	Avez-vous effectué un autre test du sida depuis que vous avez été testée pendant votre grossesse?	OUI 1 NON 2	→ 825																
823	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS 1 ENTRE 12 ET 23 MOIS 2 IL Y A 2 ANS OU PLUS 3	→ 831																
824	Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le sida?	OUI 1 NON 2	→ 829																
825	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS 1 ENTRE 12 ET 23 MOIS 2 IL Y A 2 ANS OU PLUS 3																	
826	La dernière fois que vous avez effectué le test, aviez-vous demandé vous-même à le faire, vous l'a-t-on proposé et vous avez accepté ou bien était-il imposé?	TEST DEMANDÉ 1 TEST PROPOSÉ ET ACCEPTÉ 2 TEST IMPOSÉ 3																	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
827	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous obtenu les résultats du test?	OUI 1 NON 2	
828	Où avez-vous effectué le test ?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 11 CENTRE DE SANTÉ/SMI. 12 LABORATOIRE NATIONAL 13 CENTRE DÉPISTAGE ANONYME VOLONTAIRE (CDAV) 14 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE 21 CABINET MÉDICAL 22 LABORATOIRE 23 CENTRE MÉDICO-SOCIAL 24 ASS. CONGOLAISE DE BIEN- ETRE FAMILIAL 25 AUTRE ENDROIT 96	→ 831
829	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour effectuer le test du virus qui cause le sida?	OUI 1 NON 2	→ 831
830	Où est-ce? Y a-t-il un autre endroit? ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE DE SANTÉ/SMI. B LABORATOIRE NATIONAL C CENTRE DÉPISTAGE ANONYME VOLONTAIRE (CDAV) D SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE E CABINET MÉDICAL F LABORATOIRE G CENTRE MÉDICO-SOCIAL H ASS. CONGOLAISE DE BIEN- ETRE FAMILIAL I AUTRE ENDROIT X	
831	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
832	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non?	OUI, RESTE SECRET 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
833	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, seriez-vous prêt à prendre soin de lui/elle dans votre propre ménage?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
834	Si une enseignante a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade, est-ce qu'elle devrait être autorisée ou non à continuer à enseigner à l'école?	AUTORISÉE À ENSEIGNER 1 PAS AUTORISÉE À ENSEIGNER 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
834A	Pensez-vous que quelqu'un qui apprend qu'il/elle est atteint du virus du sida devrait faire connaître son statut à: - sa femme/son conjoint/son partenaire? - ses parents proches? - ses amis/relations?	OUI NON NSP CONJOINT 1 2 8 PARENTS 1 2 8 AMIS/RELATIONS ... 1 2 8	
835	Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé des services de santé au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida?	OUI 1 NON 2 NE CONNAÎT PERSONNE AYANT LE SIDA 8	→ 840

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
836	Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé de participer à des manifestations sociales, services religieux ou à des événements communautaires au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida?	OUI 1 NON 2	
837	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a été insulté ou raillé au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida?	OUI 1 NON 2	
838	VÉRIFIER 835, 836 ET 837 : AUTRE <input type="checkbox"/> AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/>		→ 840
839	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui est suspecté d'avoir le sida ou qui a le sida?	OUI 1 NON 2	
840	Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante: Les gens qui ont le sida devraient avoir honte d'eux-mêmes.	D'ACCORD 1 PAS D'ACCORD 2 NSP/ PAS D'OPINION 8	
841	Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante: On devrait reprocher aux gens qui ont le sida d'introduire le virus dans la communauté.	D'ACCORD 1 PAS D'ACCORD 2 NSP/ PAS D'OPINION 8	
842	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation du condom pour éviter le sida?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
843	Est-ce qu'on devrait enseigner aux enfants de 12-14 ans d'attendre jusqu'au mariage pour avoir des rapports sexuels pour éviter de contracter le sida?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
844	Pensez-vous que les jeunes hommes devraient attendre d'être mariés pour avoir des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
845	Pensez-vous que les jeunes femmes devraient attendre d'être mariées pour avoir des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
846	Pensez-vous que les hommes mariés ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec leur épouse?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
847	Pensez-vous que la plupart des hommes que vous connaissez n'ont des rapports sexuels qu'avec leur épouse?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
848	Pensez-vous que les femmes mariées ne devraient avoir de rapports sexuels qu'avec leur époux?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
849	Pensez-vous que la plupart des femmes que vous connaissez n'ont des rapports sexuels qu'avec leur époux?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
850	VÉRIFIER 801: ENTENDU PARLER DU SIDA <input type="checkbox"/> PAS ENTENDU PARLER DU SIDA <input type="checkbox"/> Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui se transmettent par contact sexuel? Avez-vous entendu parler d'infections qui se transmettent par contact sexuel?	OUI 1 NON 2	→ 853

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
851	<p>Quand un homme a une infection sexuellement transmissible, quels symptômes peut-il avoir?</p> <p>Y a-t-il d'autres symptômes?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>DOULEUR ABDOMINALE A</p> <p>ÉCOULEMENT GÉNITAL B</p> <p>PERTES MALODORANTES C</p> <p>BRÛLURE EN URINANT D</p> <p>ROUGEUR/INFLAMMATION DANS PARTIE GÉNITALE E</p> <p>GONFLEMENT DS ZONE GÉNIT... F</p> <p>PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL G</p> <p>VERRUES GÉNITALES H</p> <p>DÉMANGEAISONS GÉNITALES I</p> <p>SANG DANS LES URINES J</p> <p>PERTE DE POIDS. K</p> <p>IMPUISSANCE L</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>PAS DE SYMPTÔME Y</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
852	<p>Quand une femme a une infection sexuellement transmissible, quels symptômes peut-elle avoir?</p> <p>Y a-t-il d'autres symptômes?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>DOULEUR ABDOMINALE A</p> <p>PERTES GÉNITALES B</p> <p>PERTES MALODORANTES C</p> <p>BRÛLURE EN URINANT D</p> <p>ROUGEUR/INFLAMMATION DANS PARTIE GÉNITALE E</p> <p>GONFLEMENT DS ZONE GÉNIT... F</p> <p>PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL G</p> <p>VERRUES GÉNITALES H</p> <p>DÉMANGEAISONS GÉNITALES I</p> <p>SANG DANS LES URINES J</p> <p>PERTE DE POIDS. K</p> <p>DIFFICULTÉ POUR TOMBER ENCEINTE/AVOIR UN ENFANT L</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>PAS DE SYMPTÔME Y</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
853	<p>VÉRIFIER 519:</p> <p>A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A PAS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p>		→ 901A
854	<p>VÉRIFIER 850</p> <p>A ENTENDU PARLER D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR CONTACT SEXUEL <input type="checkbox"/> N'A PAS ENTENDU PARLER D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR CONTACT SEXUEL <input type="checkbox"/></p>		→ 856
855	J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
856	Il arrive parfois que les femmes aient des pertes vaginales, anormales et malodorantes. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales anormales et malodorantes?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
857	Il arrive parfois que les femmes aient une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
858	<p>VÉRIFIER 855,856 ET 857</p> <p>A EU UNE INFECTION (AU MOINS UN 'OUI') <input type="checkbox"/> N'A PAS EU D'INFECTION OU NE SAIT PAS <input type="checkbox"/></p>		→ 901A

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
859	La dernière fois que vous avez eu (PROBLÈME MENTIONNÉ À 855, 856, 857), avez-vous recherché un conseil ou un traitement?	OUI 1 NON 2	→ 901A
860	Où êtes-vous allée? Y a-t-il un autre endroit? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE DE SANTÉ/SMI. B POSTE DE SANTÉ C SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE D CABINET MÉDECIN PRIVÉ E CABINET SOINS INFIRMIER F CENTRE MEDICO-SOCIAL G ASS. CONGOLAISE DE BIEN- ETRE FAMILIAL H PHARMACIE I AUTRE SOURCE TRADI-THÉRAPEUTE J CENTRE MEDECINE SPIRITUELLE . K VENDEUR AMBULANT/ PHARMACIE PAR TERRE L BOUTIQUE/MARCHÉ M AUTRE ENDROIT M	

SECTION 9 : MORTALITÉ MATERNELLE

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
901A	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur vos frères et sœurs, c'est-à-dire tous les enfants de votre mère biologique. Est-ce que votre mère a donné naissance à des enfants, en plus de vous-même ?	OUI..... 1 NON..... 2	→901H
901B	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont encore en vie ?	GARÇONS VIVANTS <input type="text"/> <input type="text"/>	
901C	En dehors de vous, combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont encore en vie ?	FILLES VIVANTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
901D	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont décédés ?	GARÇONS DÉCÉDÉS <input type="text"/> <input type="text"/>	
901E	Combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont décédées ?	FILLES DÉCÉDÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	
901F	Est-ce que votre mère a donné naissance à d'autres enfants dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés. ?	OUI..... 1 NON..... 2	→901H
901G	Combien d'autres enfants votre mère a-t-elle eu dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés. ?	AUTRES ENFANTS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
901H	ADDITIONNER LES REPNSES À 901B, C, D, E, ET G, AJOUTER 1 (L'ENQUÊTÉE) ET NOTER LE TOTAL.	TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/>	
901I	VÉRIFIER 901H: Juste pour être sûre que j'ai bien compris, y compris vous-même, votre mère a donné naissance à _____ enfants en tout. Est-ce bien exact ? OUI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER 901A - 901H COMME IL SE DOIT.		
902	VÉRIFIER 901H: DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> UNE NAISSANCE SEULEMENT (ENQUÊTÉE SEULE) <input type="checkbox"/> _____ →914		
903	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES <input type="text"/> <input type="text"/>	

Maintenant je voudrais faire la liste de toutes les naissances qu'a eues votre mère, qu'elles soient encore en vie ou non, en partant de celle qu'elle a eu en premier.

NOTER LE NOM DE TOUS LES SOEURS ET FRÈRES DE L'ENQUÊTÉE. SI PLUS DE 15 NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.

904	Quel nom a été donné au premier (suivant) enfant qu'a eu votre mère ?	[1] _____	[2] _____	[3] _____	[4] _____	[5] _____
905	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASCULIN... 1 FÉMININ 2	MASCULIN... 1 FÉMININ..... 2	MASCULIN... 1 FÉMININ..... 2	MASCULIN... 1 FÉMININ..... 2	MASCULIN... 1 FÉMININ..... 2
906	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI..... 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP..... 8 ↳ ALLER À [2]	OUI..... 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP..... 8 ↳ ALLER À [3]	OUI..... 1 NON..... 2 ↳ ALLER 908 NSP..... 8 ↳ ALLER À [4]	OUI..... 1 NON..... 2 ↳ ALLER 908 NSP..... 8 ↳ ALLER À [5]	OUI..... 1 NON..... 2 ↳ ALLER 908 NSP..... 8 ↳ ALLER À [6]
907	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6]
908	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>				
909	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant l'âge de douze ans ? SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À 913	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À 913	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À 913	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À 913	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À 913
910	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI..... 1 ALLER 913<J NON 2 NSP..... 8	OUI..... 1 ALLER 913<J NON 2 NSP..... 8	OUI..... 1 ALLER 913<J NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 ALLER 913<J NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 ALLER 913<J NON..... 2 NSP..... 8
911	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI..... 1 ALLER [2]<J NON 2 NSP..... 8	OUI..... 1 ALLER [3]<J NON 2 NSP..... 8	OUI..... 1 ALLER [4]<J NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 ALLER [5]<J NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 ALLER [6]<J NON..... 2 NSP..... 8
912	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	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
913	Est-ce que le décès de (NOM) a été causé par un accident ou un acte de violence ?	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8 ALLER À [2]	OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8 ALLER À [3]	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8 ALLER À [4]	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8 ALLER À [5]	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8 ALLER À [6]
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À 914						

904	Quel nom a été donné à l'enfant suivant qu'a eu votre mère ?	[6] _____	[7] _____	[8] _____	[9] _____	[10] _____
905	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASCULIN... 1 FÉMININ 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ2	MASCULIN ... 1 FÉMININ2	MASCULIN ... 1 FÉMININ 2	MASCULIN... 1 FÉMININ..... 2
906	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [7]	OUI1 NON2 ↳ ALLER 908 NSP8 ↳ ALLER À [8]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [9]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [10]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [11]
907	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [11]
908	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>				
909	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant l'âge de douze ans ? SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À 913	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À 913	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À 913	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À 913	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À 913
910	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI 1 ALLER 913<J NON 2 NSP 8	OUI1 ALLER 913<J NON2 NSP8	OUI 1 ALLER 913<J NON 2 NSP 8	OUI 1 ALLER 913<J NON 2 NSP 8	OUI 1 ALLER 913<J NON 2 NSP 8
911	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI 1 ALLER [7]<J NON 2 NSP 8	OUI1 ALLER [8]<J NON2 NSP8	OUI 1 ALLER [9]<J NON 2 NSP 8	OUI 1 ALLER [10]<J NON 2 NSP 8	OUI 1 ALLER [11]<J NON 2 NSP 8
912	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI1 NON2 NSP8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
913	Est-ce que le décès de (NOM) a été causé par un accident ou un acte de violence ?	OUI 1 NON 2 NSP 8 ALLER À [7]	OUI1 NON2 NSP8 ALLER À [8]	OUI 1 NON 2 NSP 8 ALLER À [9]	OUI 1 NON 2 NSP 8 ALLER À [10]	OUI 1 NON 2 NSP 8 ALLER À [11]
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À 914						

904	Quel nom a été donné à l'enfant suivant qu'a eu votre mère ?	[11] _____	[12] _____	[13] _____	[14] _____	[15] _____
905	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASCULIN... 1 FÉMININ 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ2	MASCULIN ... 1 FÉMININ2	MASCULIN ... 1 FÉMININ 2	MASCULIN... 1 FÉMININ..... 2
906	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI..... 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP..... 8 ↳ ALLER À [12]	OUI.....1 NON2 ↳ ALLER 908 NSP.....8 ↳ ALLER À [13]	OUI1 NON.....2 ↳ ALLER 908 NSP8 ↳ ALLER À [14]	OUI1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [15]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [16]
907	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [13]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [14]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [15]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [16]
908	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>				
909	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant l'âge de douze ans ? SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À 913	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À 913	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À 913	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À 913	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À 913
910	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI..... 1 ALLER 913<J NON 2 NSP..... 8	OUI.....1 ALLER 913<J NON2 NSP.....8	OUI1 ALLER 913<J NON2 NSP8	OUI 1 ALLER 913<J NON 2 NSP 8	OUI 1 ALLER 913<J NON 2 NSP 8
911	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI..... 1 ALLER [12]<J NON 2 NSP 8	OUI.....1 ALLER [13]<J NON2 NSP8	OUI1 ALLER [14]<J NON2 NSP8	OUI 1 ALLER [15]<J NON 2 NSP 8	OUI 1 ALLER [16]<J NON 2 NSP 8
912	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	OUI..... 1 NON 2 NSP 8	OUI.....1 NON2 NSP8	OUI1 NON2 NSP8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
913	Est-ce que le décès de (NOM) a été causé par un accident ou un acte de violence ?	OUI..... 1 NON 2 NSP 8 ALLER À [12]	OUI.....1 NON2 NSP8 ALLER À [13]	OUI1 NON2 NSP8 ALLER À [14]	OUI 1 NON 2 NSP 8 ALLER À [15]	OUI 1 NON 2 NSP 8 ALLER À [16]
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À 914						
914	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/>				

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR L'ENQUÊTÉE :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE : _____ DATE : _____

OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE

NOM DE LA CONTRÔLEUSE : _____ DATE : _____