

**ENQUÊTE MORTALITÉ, MORBIDITÉ ET UTILISATION DES SERVICES (EMMUS-IV)
QUESTIONNAIRE FEMME**

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

INSTITUT HAÏTIEN DE L'ENFANCE

IDENTIFICATION																																					
NOM DE LA LOCALITÉ _____	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">GRAPPE</td> <td style="width:50%; text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>MÉNAGE</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>DÉPARTEMENT</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>VIL./COM.</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>AIRE MÉTROPOLITAINE/CAP-HAÏTIEN – GONAÏVES - LES CAYES/AUTRES VILLES/RURAL (Aire Métropolitaine =1, Cap Haïtien/Gonaïves/Les Cayes =2, Autres villes=3, Rural=4)</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>RÉSIDENCE</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>NOM ET NUNÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> </td> </tr> </table>	GRAPPE	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				MÉNAGE	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				DÉPARTEMENT	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				VIL./COM.	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			AIRE MÉTROPOLITAINE/CAP-HAÏTIEN – GONAÏVES - LES CAYES/AUTRES VILLES/RURAL (Aire Métropolitaine =1, Cap Haïtien/Gonaïves/Les Cayes =2, Autres villes=3, Rural=4)	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			RÉSIDENCE	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			NOM ET NUNÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		
GRAPPE		<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																			
MÉNAGE		<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																			
DÉPARTEMENT		<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																			
VIL./COM.		<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																			
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																																				
AIRE MÉTROPOLITAINE/CAP-HAÏTIEN – GONAÏVES - LES CAYES/AUTRES VILLES/RURAL (Aire Métropolitaine =1, Cap Haïtien/Gonaïves/Les Cayes =2, Autres villes=3, Rural=4)	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																																				
RÉSIDENCE	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																																				
NOM ET NUNÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																																				
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																																					
NUMÉRO DE GRAPPE																																					
NUMÉRO DU MÉNAGE.....																																					
DÉPARTEMENT																																					
VILLE/COMMUNE.....																																					
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)																																					
AIRE MÉTROPOLITAINE/CAP-HAÏTIEN – GONAÏVES - LES CAYES/AUTRES VILLES/RURAL (Aire Métropolitaine =1, Cap Haïtien/Gonaïves/Les Cayes =2, Autres villes=3, Rural=4)																																					
NOM ET NUNÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____																																					

VÉRIFIER COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE:	
TEST D'ANEMIE / TEST DU VIH / POIDS ET TAILLE (OUI=1, NON=2).....	<input type="checkbox"/>
VÉRIFIER COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE:	
STATUT DE LA FEMME / RELATIONS DANS LE MÉNAGE (OUI=1, NON=2).....	<input type="checkbox"/>
(VÉRIFIER TABLEAU 500 POUR LA SÉLECTION DE LA FEMME ÉLIGIBLE POUR LA SECTION SUR LES "RELATIONS DANS LE MÉNAGE").	

VISITES D'ENQUÊTRICE																													
	1	2	3	VISITE FINALE																									
DATE	_____	_____	_____	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">JOUR</td> <td style="width:50%; text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>MOIS</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>ANNÉE</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td>2</td><td>0</td><td> </td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>NOM</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>RÉSULTAT*</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </td> </tr> </table>	JOUR	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				MOIS	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				ANNÉE	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td>2</td><td>0</td><td> </td></tr> </table>	2	0		NOM	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				RÉSULTAT*	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>			
JOUR	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																												
MOIS	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																												
ANNÉE	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td>2</td><td>0</td><td> </td></tr> </table>	2	0																										
2	0																												
NOM	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																												
RÉSULTAT*	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																												
PROCHAINE VISITE :DATE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="checkbox"/>																									
HEURE	_____	_____																											

*CODES RÉSULTAT:

- | | | | |
|-------------------|------------------------|---------------|--|
| 1 REMPLI | 4 REFUSÉ | 7 AUTRE _____ | |
| 2 PAS À LA MAISON | 5 REMPLI PARTIELLEMENT | (PRÉCISER) | |
| 3 DIFFÉRÉ | 6 INCAPACITÉ | | |

LANGUE DE L'INTERVIEW

CRÉOLE..... 1
AUTRE LANGUE..... 2

CONTRÔLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____ <table border="1" style="width:40px; height: 20px; float: right;"></table>	NOM _____ <table border="1" style="width:40px; height: 20px; float: right;"></table>	<table border="1" style="width:40px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width:40px; height: 20px;"></table>
DATE _____	DATE _____	<table border="1" style="width:40px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width:40px; height: 20px;"></table>

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATIONS

Bonjour. Mon nom est _____ et je travaille pour (INSTITUT HAITIEN DE L'ENFANCE). 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 de vos 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 sur l'enquête ? Puis-je commencer l'entretien maintenant ?

Signature de l'enquêtrice : _____ Date: _____

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

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DE LA VILLE/VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE) ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIRE '00' ANNÉE.	ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> TOUJOURS 95 VISITEUR 96	→ 104
103	Juste avant de vous installer ici, viviez-vous dans une grande ville, une ville, ou dans un village ?	GRANDE VILLE 1 VILLE 2 RURAL 3	
104	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NSP MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ANNÉE 9998	
105	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 104 ET/OU 105 SI INCOHÉRENTS.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
106	Avez-vous fréquenté l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 110
107	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 2 SUPÉRIEUR 3	
108	Quelle est la dernière année/classe que vous avez achevé à ce niveau ?	ANNÉE <input type="text"/>	

******CODES POUR Qs. 108**

NIVEAU	1=PRIMAIRE	2=SECONDAIRE	3=SUPÉRIEUR
CLASSE	0= 13 ^e /Enfantine 1/Enfantine 2 OU 12 ^e /CP1/1 ^{ère} an. NON ACHEVÉE 1= 12 ^e /CP1/1 ^{ère} année 2= 11 ^e /CP2/2 ^e année 3= 10 ^e /CE1/3 ^e année 4= 9 ^e /CE2/4 ^e année 5= 8 ^e /CM1/5 ^e année 6= 7 ^e /CM2/6 ^e année	0 =MOINS D'1 AN COMPLÉTÉ 1 = 6è 2 = 5è 3 = 4è 4 = 3è 5 = 2è 6 = Rétho 7 = Philo	0 =MOINS D'1 AN COMPLÉTÉ 1 = 1ère année 2 = 2è année 3 = 3è année 4 = 4è année ou plus

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 eu 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 garçons sont décédés ? Combien de filles sont décédées ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES DÉCÉDÉES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
208	FAIRE LA SOMME DES RÉPONSES À 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.
 (S'IL Y A PLUS DE 12 NAISSANCES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE ADDITIONNEL).

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier/ suivant) enfant ? (NOM)	(NOM) était-il/elle une naissance simple ou multiple ?	(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 ?	SI EN VIE : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUTIONNÉES.	SI EN VIE : (NOM) vit-il/elle avec vous ?	SI EN VIE : NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	SI DÉCÉDÉ : 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) ? Y compris des enfants décédés après la naissance?
01	SIMP. 1 MULT. 2	GAR. 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON . 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (NAISS. SUIV.)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	
02	SIMP. 1 MULT. 2	GAR. 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON . 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 NON . 2
03	SIMP. 1 MULT. 2	GAR. 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON . 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 NON . 2
04	SIMP. 1 MULT. 2	GAR. 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON . 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 NON . 2
05	SIMP. 1 MULT. 2	GAR. 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON . 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 NON . 2
06	SIMP. 1 MULT. 2	GAR. 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON . 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 NON . 2
07	SIMP. 1 MULT. 2	GAR. 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON . 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 NON . 2

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier/suivant) enfant ? (NOM)	(NOM) était-il/elle une naissance multiple ?	(NOM) (NAME) 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 ? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES. PLETED YEARS.	(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 ANS.	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE et (NOM) ? Y compris des enfants décédés après la naissance ?
08	SIMP. 1 MULT 2	GAR. 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON . 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 NON . 2
09	SIMP. 1 MULT 2	GAR. 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON . 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 NON . 2
10	SIMP. 1 MULT 2	GAR. 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON . 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 NON . 2
11	SIMP. 1 MULT 2	GAR. 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON . 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 NON . 2
12	SIMP. 1 MULT 2	GAR. 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON . 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <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	NON	1 2	
223	<p>COMPARER 208 AVEC NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER :</p> <p>NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTER ET CORRIGER)</p> <p>VÉRIFIER : POUR CHAQUE NAISSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE.</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ.</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ : L'ÂGE AU DÉCÈS EST ENREGISTRÉ.</p> <p>POUR L'ÂGE AU DÉCÈS 12 MOIS OU 1 AN : INSISTER POUR DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS.</p>								<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
224	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2000 OU PLUS TARD. SI AUCUNE, ENREGISTRER '0'.								<input type="text"/>

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
226	Êtes-vous enceinte en ce moment ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	<input type="checkbox"/> → 229
227	De combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte <u>à ce moment-là</u> , vouliez-vous <u>attendre plus tard</u> , ou vouliez-vous <u>ne plus/ne pas avoir d'enfant</u> ?	À CE MOMENT-LÀ 1 PLUS TARD 2 NE 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
230	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
231	VÉRIFIER 230 : DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN JAN. 2000 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> DERNIÈRE GROSS. TERMINÉE AVANT JAN. 2000 <input type="checkbox"/>		→ 237
232	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
233	Depuis Janvier 2000, avez-vous eu d'autres grossesses qui ne se sont pas terminées par une naissance vivante ?	OUI 1 NON 2	→ 237
235	Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant Janvier 2000 qui ne s'est pas terminée par une naissance vivante ?	OUI 1 NON 2	→ 237
236	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2000 ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECTION 3. CONTRACEPTION

301	<p>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.</p> <p>De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler ?</p> <p>POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER : Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE) ?</p> <p>ENCERCLER LE 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. ENCERCLER LE CODE 1 SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE 2 SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE MÉTHODE AVEC LE CODE 1 ENCERCLÉ À 301, POSER 302.</p>	302 Avez-vous déjà utilisé (MÉTHODE) ?	
01	<p>STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.</p>	<p>OUI 1 NON 2 ↘</p>	<p>Avez-vous eu une opération pour ne plus avoir d'enfants ?</p> <p>OUI 1 NON 2</p>
02	<p>STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.</p>	<p>OUI 1 NON 2 ↘</p>	<p>Avez-vous eu un partenaire qui avait eu une opération pour ne plus avoir d'enfants ?</p> <p>OUI 1 NON 2</p>
03	<p>PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.</p>	<p>OUI 1 NON 2 ↘</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
04	<p>DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin, ou l'infirmier/ère leur place à l'intérieur.</p>	<p>OUI 1 NON 2 ↘</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
05	<p>INJECTIONS Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant un mois ou plus.</p>	<p>OUI 1 NON 2 ↘</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
06	<p>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.</p>	<p>OUI 1 NON 2 ↘</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
07	<p>CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis pendant les rapports sexuels.</p>	<p>OUI 1 NON 2 ↘</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
08	<p>CONDOM FÉMININ Les femmes peuvent se placer un étui dans leur vagin avant les rapports sexuels.</p>	<p>OUI 1 NON 2 ↘</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
09	<p>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</p>	<p>OUI 1 NON 2 ↘</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
10	<p>MÉTHODE DU RYTHME Quand 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.</p>	<p>OUI 1 NON 2 ↘</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
11	<p>RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.</p>	<p>OUI 1 NON 2 ↘</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
12	<p>PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre des pilules les jours après les rapports sexuels, jusqu'au troisième jour après, pour éviter de tomber enceinte.</p>	<p>OUI 1 NON 2 ↘</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
13	<p>Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse ?</p> <p>_____ (PRÉCISER) _____ (PRÉCISER) NON 2</p>	<p>OUI 1</p>	<p>OUI 1 NON 2</p> <p>OUI 1 NON 2</p>
303	<p>VÉRIFIER 302 :</p> <p>PAS UN SEUL "OUI" <input type="checkbox"/> AU MOINS UN "OUI" <input type="checkbox"/></p> <p>(N'A JAMAIS UTILISÉ) (A DÉJÀ UTILISÉ)</p>		<p>→ 307</p>

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 ?	OUI 1 NON 2	→ 306 → 331
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"/> FEMME STÉRILISÉE <input type="checkbox"/>		→ 311A
309	VÉRIFIER 226 : NON ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→ 331
310	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte ?	OUI 1 NON 2	→ 331
311	Quelle méthode utilisez-vous ? ENCERCLER TOUTES LES RÉPONSES MENTIONNÉES SI PLUS D'UNE MÉTHODE MENTIONNÉE, SUIVRE LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE CORRESPONDANT À LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	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 RHYTHME L RETRAIT M AUTRE X (PRÉCISER)	→ 316 → 315 → 315 → 319A
311A	ENCERCLER 'A' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE.		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
312	Puis-je voir la boîte de (pilules/condom) que vous utilisez en ce moment ? ENREGISTRER LE NOM DE LA MARQUE	BOÎTE VUE 1 MARQUE _____ <input type="text"/> <input type="text"/> (PRÉCISER) BOÎTE NON VUE 2	→ 314
313	Connaissez-vous la marque des (pilules/condoms) que vous utilisez? ENREGISTRER LE NOM DE LA MARQUE	MARQUE _____ <input type="text"/> <input type="text"/> (PRÉCISER) NSP 98	
314	Combien de (plaquettes de pilules/condoms) avez-vous acheté la dernière fois?	NOMBRE DE PLAQUETTE/CONDOM <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 998	
315	La dernière fois que vous avez obtenu (METHODE ACTUELLE EN 311), combien avez-vous payé au total, y compris le coût de la méthode et les consultations que vous avez eu?	COÛT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT 995 NSP 998	→ 319A
316	Où a eu lieu la stérilisation ? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	SECTEUR MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT . 11 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE 12 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE 22 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 23 CABINET MÉDECIN PRIVÉ 24 PHARMACIE 25 SECTEUR MÉDICAL MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE 31 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE 32 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 33 SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL CLINIQUE MOBILE 41 AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . 42 SAGE-FEMME/MATRONE AVEC BOÎTE 43 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
317	<p>VÉRIFIER 311/311A:</p> <p>CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>Avant votre stérilisation, vous a-t-on dit qu'à cause de cette opération vous ne pourriez pas avoir d'(autres) enfants ?</p> <p>Avant la stérilisation, a-t-on dit à votre mari/partenaire qu'à cause de l'opération il ne pourrait pas avoir d'(autres) enfants ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>	
318	<p>Combien avez-vous payé au total pour la stérilisation, y compris les consultations que vous avez eu?</p>	<p>COÛT <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>GRATUIT 995</p> <p>NSP 998</p>	
319	<p>En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?</p>	<p>MOIS <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>	
319A	<p>Depuis quand, avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) de façon continue ?</p> <p>INSISTER : En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) de façon continue?</p>	<p>MOIS <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>	
323	<p>VÉRIFIER 311/311A :</p> <p>ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE :</p> <p>SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 311/311A, ENCERCLER LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCERCLÉES À 311/311A.</p>	<p>PAS DE CODE ENCERCLÉ 00</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>DIAPHRAGM 09</p> <p>MOUSSE/GELÉE 10</p> <p>MAMA 11</p> <p>RHYTHME 12</p> <p>RETRAIT 13</p> <p>AUTRE MÉTHODE 96</p>	<p>→ 331</p> <p>→ 324</p> <p>→ 333</p> <p>→ 323AA</p> <p>→ 333</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
323A	Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) quand vous avez commencé à l'utiliser ?	SECTEUR MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE 12 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE 22 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 23 CABINET MÉDECIN PRIVÉ 24 PHARMACIE 25	
323AA	Où avez-vous appris à utiliser la méthode de l'allaitement maternelle et de l'aménorrhée (MAMA)? S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	SECTEUR MÉDICAL MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE 31 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE 32 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 33 SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL CLINIQUE MOBILE 41 AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR 42 SAGE-FEMME/MATRONE AVEC BOÎTE 43 AUTRE SOURCE NON MÉDICALE BOUTIQUE/ MARCHÉ 51 BAR 52 DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE ... 53 ÉCOLE 54 INSTITUTION RELIGIEUSE 55 PARENT(E)S/ AMI(E)S 56 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
323B	VERIFIER 323 : ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHOD .	PILULE 03 DIU 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGM 09 MOUSSE/GELÉE 10 MAMA 11	→ 330 → 327
324	Vous avez obtenu votre (MÉTHODE ACTUELLE A 323) à (SOURCE DE LA MÉTHODE À 323A OU 316). À ce moment-là, vous-a -t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI 1 NON 2	→ 326

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
330	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE 12</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE 22 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 23 CABINET MÉDECIN PRIVÉ 24 PHARMACIE 25</p> <p>SECTEUR MÉDICAL MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE 31 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE 32 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 33</p> <p>SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL CLINIQUE MOBILE 41 AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . 42 SAGE-FEMME/MATRONE AVEC BOÎTE 43</p> <p>AUTRE SOURCE NON MÉDICALE BOUTIQUE/ MARCHÉ 51 BAR 52 DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE ... 53 ÉCOLE 54 INSTITUTION RELIGIEUSE 55 PARENT(E)S/ AMI(E)S 56</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)</p>	<p>→ 333</p>
331	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>	<p>→ 333</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
332	<p>Quel est cet endroit ?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p> <p>Y a-t-il un autre endroit?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENS B</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENS D CLINIQUE PLANNING FAMILIAL E CABINET MÉDECIN PRIVÉ F PHARMACIE G</p> <p>SECTEUR MÉDICAL MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENS I CLINIQUE PLANNING FAMILIAL J</p> <p>SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL CLINIQUE MOBILE K AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR L SAGE-FEMME/MATRONE AV. BOÏT. M</p> <p>AUTRE SOURCE NON MÉDICALE BOUTIQUE/ MARCHÉ N INSTITUTION RELIGIEUSE R PARENT(E)S/ AMI(E)S S</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	
333	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu la visite d'un agent de terrain qui vous a parlé de planification familiale ?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>	
334	<p>Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous (ou pour vos enfants) ?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>	→ 401
335	<p>Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>	

SECTION 4. GROSSESSE, SOINS POSTNATALS ET NUTRITION DES ENFANTS

401	<p>VÉRIFIEZ 224:</p> <p>UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2000 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/></p> <p>AUCUNE NAISSANCE EN 2000 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">→ 550</p>			
402	<p>INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NON ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE AYANT EU LIEU EN 2000 OU PLUS TARD</p> <p>POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ LES 2 DERNIÈRES COLONNES DES QUESTIONNAIRES ADDITIONNELS).</p> <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé de tous vos enfants nés au cours des 5 dernières années. Nous parlerons de chaque enfant séparément.</p>			
403	<p>NUMÉRO DE LIGNE DE 212</p>	<p>DERNIÈRE NAISSANCE</p> <p>NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/></p>	<p>AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE</p> <p>NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/></p>	<p>AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE</p> <p>NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/></p>
404	<p>DE 212 ET 216</p>	<p>NOM _____</p> <p>VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/></p>	<p>NOM _____</p> <p>VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/></p>	<p>NOM _____</p> <p>VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/></p>
405	<p>Quand vous êtes tombée enceinte de (NON), vouliez-vous être enceinte <u>à ce moment-la</u>, vouliez-vous attendre <u>plus tard</u>, ou est-ce que vous ne vouliez plus d'enfant du tout?</p>	<p>À CE MOMENT- LÀ 1 (PASSER À 407) ←</p> <p>PLUS TARD 2</p> <p>NE VOULAIT PLUS 3 PASSER À (407) ←</p>	<p>À CE MOMENT- LÀ . 1 (PASSER À 429) ←</p> <p>PLUS TARD 2</p> <p>NE VOULAIT PLUS .. 3 (PASSEZ À 429) ←</p>	<p>À CE MOMENT-LÀ ... 1 (PASSER À 429) ←</p> <p>PLUS TARD 2</p> <p>NE VOULAIT PLUS .. 3 (PASSER À 429) ←</p>
406	<p>Combien de temps auriez-vous souhaité attendre?</p>	<p>MOIS 1 <input type="text"/></p> <p>ANNÉE 2 <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ... 998</p>	<p>MOIS 1 <input type="text"/></p> <p>ANNÉE 2 <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ... 998</p>	<p>MOIS 1 <input type="text"/></p> <p>ANNÉE 2 <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ... 998</p>
407	<p>Pour cette grossesse, avec-vous reçu des soins prénatals?</p> <p>SI OUI : Qui avez-vous consulté? Personne d'autre?</p> <p>INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.</p>	<p>PROFESSIONNEL SANTÉ</p> <p>MÉDECIN A</p> <p>INFIRMIER(E) .. B</p> <p>AUXILIAIRE C</p> <p>MÉDIC. NON INSTITUTION.</p> <p>AGENT SANTÉ D</p> <p>SAGE-FEM./MATRONE AVEC BOÎTE .. E</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ</p> <p>SAGE-FEM./MATRONE SANS BOÎTE .. F</p> <p>GUÉRISSEUR/MÉDECIN-FEUILLES/UGAN/ MAMBO G</p> <p>PRIVÉ NON MÉDICAL</p> <p>PARENT(E)/AMI(E) .. H</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>PERSONNE Y (PASSER À 414) ←</p>		

No.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
408	<p>Où avez-vous reçu des soins prénatals pour cette grossesse? Autre lieu?</p> <p>ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>DOMICILE VOTRE DOMICILE . A AUTRE DOMICILE B</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT. C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . D MATERNITÉ ... E</p> <p>SECTEUR PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE F CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . G MATERNITÉ ... H</p> <p>SECTEUR MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE I CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . J MATERNITÉ ... K</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER</p>		
409	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale pour cette grossesse?	<p>MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>		
410	Durant cette grossesse, combien de fois êtes-vous allée en consultation prénatale?	<p>NOMBRE DE FOIS . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>		
411	<p>En tant que soins prénatals au cours de cette grossesse, est-ce que les examens suivants ont été effectués au moins une fois?</p> <p>Est-ce qu'on vous a pesé?</p> <p>Est-ce qu'on vous a pris la tension?</p> <p>Est-ce qu'on vous a prélevé un échantillon d'urine?</p> <p>Vous a t-on prélevé du sang?</p>	<p>OUI NON</p> <p>POIDS 1 2</p> <p>TENSION 1 2</p> <p>URINE 1 2</p> <p>SANG 1 2</p>		
412	Au cours de l'une de ces visites prénatales, vous a t-on parlé des signes de complication de la grossesse?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSER À 414) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>		
413	Vous a t-on dit où aller si vous aviez une de ces complications?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>		
414	Au cours de cette grossesse, vous a t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé de contracter le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSER À 417) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>		

No.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
415	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8		
416	VÉRIFIEZ 415:	2 FOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER À 421)		
417	Avez-vous reçu, n'importe quand avant cette grossesse, une injection contre le tétanos?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 421) ← NE SAIT PAS 8		
418	Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous reçu une injection contre le tétanos? SI 7 FOIS OU PLUS, ENREGISTRER '7'.	FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8		
419	En quel mois et en quelle année avant cette grossesse, avez-vous reçu la dernière injection ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NSP MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 421) ← NSP ANNÉE 9998		
420	Cela fait combien d'années que vous avez reçu cette injection contre le tétanos?	ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/>		
421	Au cours de cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté du fer en comprimés ou en sirop ? MONTRER COMPRIMÉS/SIROP	OUI 1 NON 2 (PASSER À 422A) ← NE SAIT PAS 8		
422	Pendant toute votre grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris les comprimés ou le sirop ? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	NOMBRE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998		
422A	Au cours de cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les parasites intestinaux?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
423	Au cours de cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour voir à la lumière du jour?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		

No.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____																																				
432	<p>Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM) ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE PERSONNE NE L'A ASSISTÉE, INSISTER POUR SAVOIR SI UN ADULTE ÉTAIT PRÉSENT À L'ACCOUCHEMENT.</p>	<p>PROFESSIONNEL SANTÉ</p> <p>MÉDECIN A</p> <p>INFIRMIER(E) .. B</p> <p>AUXILIAIRE C</p> <p>MÉDIC. NON INSTITUTION.</p> <p>AGENT SANTÉ D</p> <p>SAGE-FEM./MATRONE</p> <p>AVEC BOÎTE .. E</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ</p> <p>SAGE-FEM./MATRONE</p> <p>SANS BOÎTE .. F</p> <p>GUÉRISSEUR/MÉDECIN-FEUILLES/OUGAN/</p> <p>MAMBO G</p> <p>PRIVÉ NON MÉDICAL</p> <p>PARENT(E)S/AMI(E).. H</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>PERSONNE Y</p>	<p>PROFESSIONNEL SANTÉ</p> <p>MÉDECIN A</p> <p>INFIRMIER(E) .. B</p> <p>AUXILIAIRE C</p> <p>MÉDIC. NON INSTITUTION.</p> <p>AGENT SANTÉ D</p> <p>SAGE-FEM./MATRONE</p> <p>AVEC BOÎTE .. E</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ</p> <p>SAGE-FEM./MATRONE</p> <p>SANS BOÎTE .. F</p> <p>GUÉRISSEUR/MÉDECIN-FEUILLES/OUGAN/</p> <p>MAMBO G</p> <p>PRIVÉ NON MÉDICAL</p> <p>PARENT(E)S/AMI(E).. H</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>PERSONNE Y</p>	<p>PROFESSIONNEL SANTÉ</p> <p>MÉDECIN A</p> <p>INFIRMIER(E) .. B</p> <p>AUXILIAIRE C</p> <p>MÉDIC. NON INSTITUTION.</p> <p>AGENT SANTÉ D</p> <p>SAGE-FEM./MATRONE</p> <p>AVEC BOÎTE .. E</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ</p> <p>SAGE-FEM./MATRONE</p> <p>SANS BOÎTE .. F</p> <p>GUÉRISSEUR/MÉDECIN-FEUILLES/OUGAN/</p> <p>MAMBO G</p> <p>PRIVÉ NON MÉDICAL</p> <p>PARENT(E)S/AMI(E).. H</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>PERSONNE Y</p>																																				
433	<p>Où avez-vous accouché de (NOM) ?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	<p>DOMICILE</p> <p>VOTRE DOMICILE 11</p> <p>(PASSER À 440) ←</p> <p>AUTRE DOMICILE 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT. 21</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSAIRE .. 22</p> <p>MATERNITÉ 23</p> <p>SECTEUR PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE 31</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSAIRE .. 32</p> <p>MATERNITÉ 33</p> <p>SECTEUR MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE 41</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSAIRE .. 42</p> <p>MATERNITÉ 43</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>(PASSER À 440) ←</p>	<p>DOMICILE</p> <p>VOTRE DOMICILE 11</p> <p>(PASSER À 441) ←</p> <p>AUTRE DOMICILE 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT. 21</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSAIRE .. 22</p> <p>MATERNITÉ 23</p> <p>SECTEUR PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE 31</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSAIRE .. 32</p> <p>MATERNITÉ 33</p> <p>SECTEUR MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE 41</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSAIRE .. 42</p> <p>MATERNITÉ 43</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>(PASSER À 441) ←</p>	<p>DOMICILE</p> <p>VOTRE DOMICILE 11</p> <p>(PASSER À 441) ←</p> <p>AUTRE DOMICILE 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT. 21</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSAIRE .. 22</p> <p>MATERNITÉ 23</p> <p>SECTEUR PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE 31</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSAIRE .. 32</p> <p>MATERNITÉ 33</p> <p>SECTEUR MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE 41</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSAIRE .. 42</p> <p>MATERNITÉ 43</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>(PASSER À 441) ←</p>																																				
434	<p>Pendant combien de temps après l'accouchement de (NOM) êtes-vous resté là?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTRER EN HEURES</p> <p>SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTRER EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>SEMAINE 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS ... 998</p>													<p>HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>SEMAINE 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS ... 998</p>													<p>HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>SEMAINE 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS ... 998</p>												
435	<p>L'accouchement de (NOM) a -t-il eu lieu par césarienne?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>																																				

No.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____													
436	Avant de quitter l' établissement, après la naissance de (NOM), est ce que du personnel de santé a vérifié votre état de santé?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 439) ←	OUI 1 (PASSER À 451) ← NON 2	OUI 1 (PASSER À 451) ← NON 2													
437	Après combien d'heures, de jours ou de semaines, le premier contrôle a-t-il eu lieu? SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTRER EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTRER EN JOURS.	HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> SEMAINE 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NE SAIT PAS ... 998															
438	Qui a contrôlé votre santé cette fois? INSISTER POUR OBTENIR LA PERSONNE LA MIEUX QUALIFIÉE.	MÉDECIN 11 INFIRMIER(E) 12 INFIR. SAGE-FEMME 13 AUXILIARE .. 14 AGENT DE SANTE 15 MATRONE FORME .. 16 MATRONE NON FORMEE 17 AUTRE 96 (PRÉCISER (PASSER À 449) ←															
439	Après avoir quitté l'établissement est-ce que du personnel de santé ou une accoucheuse traditionnelle vous a examiné?	OUI 1 (PASSER À 442) ← NON 2 (PASSER À 449) ←	OUI 1 (PASSER À 451) ← NON 2	OUI 1 (PASSER À 451) ← NON 2													
440	Pourquoi n'avez-vous pas accouché dans un centre de santé? INSISTER : aucune autre raison? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	COÛT TROP ÉLEVÉ . A ÉTAB.PAS OUVERT . B TROP ÉLOIGNÉ/ PAS DE TRANSPORT . C PAS CONFIANCE EN ÉTABLIS/SERVICE MÉDIOCRE D PAS DE FEMME PRESTATAIRE DANS ÉTABLIS. .. E MARI/FAMILLE PAS AUTORISÉ F PAS NÉCESSAIRE .. G PAS HABITUÉE ... H AUTRE (PRÉCISER X															
441	Après que (NOM) soit né, est-ce que du personnel de santé ou une accoucheuse traditionnelle vous a examiné?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 445) ←	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2													

No.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____														
442	Combien d'heures, de jours ou de semaines après l'accouchement le premier examen a-t-il eu lieu? SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTRER EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTRER EN JOURS.	HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> SEMAINE: 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NE SAIT PAS ... 998																
443	Qui a vérifié votre état de santé à ce moment-là? INSISTER POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE	MÉDECIN 11 INFIRMIER(E) 12 INFIR. SAGE-FEMME 13 AUXILIARE . . .14 AGENT DE SANTE 15 MATRONE FORME ..16 MATRONE NON FORMEE 17 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)																
444	Où le premier examen a-t-il eu lieu? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT. 21 CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . 22 MATERNITÉ ... 23 SECTEUR PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE 31 CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . 32 MATERNITÉ ... 33 SECTEUR MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE 41 CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . 42 MATERNITÉ ... 43 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)																
444A	VÉRIFIER 439:	OUI NON POSÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSER À 449)																
445	Au cours des deux mois qui ont suivi la naissance de (NOM), est-ce que du personnel de santé ou une accoucheuses traditionnelle vous a examiné?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 449) ← NE SAIT PAS 8																

No.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____						
446	Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM) le 1er examen a-t-il eu lieu? SI MOINS D'UN JOUR ENREGISTRER EN HEURS. SI MOINS D'UNE SEMAINE ENREGISTRER EN JOURS.	HRS APRÈS NAIS. 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> JRS APRÈS NAIS. 2 SEM.APRÈS NAIS. 3 NE SAIT PAS ... 998								
447	Qui a examiné (NOM) à ce moment-là? INSISTER POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	MÉDECIN 11 INFIRMIER(E) 12 INFIR. SAGE-FEMME 13 AUXILIARE . . .14 AGENT DE SANTE 15 MATRONE FORME ..16 MATRONE NON FORMEE 17 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)								
448	Où le premier examen a-t-il eu lieu? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT. 21 CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . 22 MATERNITÉ ... 23 SECTEUR PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE 31 CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . 32 MATERNITÉ ... 33 SECTEUR MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE 41 CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . 42 MATERNITÉ ... 43 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)								
449	Au cours des deux mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A (comme cela)? MONTRER DES AMPOULES, DES COMPRIMÉS OU DU SIROP).	OUI 1 NON 2								
450	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI 1 (PASSER À 452) ← NON 2 (PASSER À 453) ←								

No.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
451	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante?		OUI 1 NON 2 (PASSER À 455) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 455) ←
452	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
453	VÉRIFIER 226: L'ENQUÊTÉE EST ENCEINTE?	NON <input type="checkbox"/> ENCEINTE EN- <input type="checkbox"/> OU CEIN- <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> PAS SÛRE (PASSER 455) ←		
454	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 456) ←		
455	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98		
456	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463) ←
457	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ? SI MOINS D'UNE HEURE, NOTER '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, NOTER EN HEURES. AUTREMENT NOTER EN JOURS	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>		
458	Dans les 3 premiers jours qui ont suivi l'accouchement, est-ce qu'on a donné à (NOM) autre chose à boire que le lait maternel?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 460) ←		
459	Qu'est -ce qui a été donné à (NOM)? Rien d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	LAIT (AUTRE QUE LAIT MATERNEL) . A EAU B EAU SUCRÉE OU GLUCOSÉE ... C LIQUIDE CONTRE COLIQUE D TISANE E JUS DE FRUIT F "LOQUE" G THÉ/INFUSIONS ... H MIEL I AUTRE _____ X (PRÉCISER)		

No.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
460	VÉRIFIER 404: L'ENFANT EST-IL VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 462)	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 462)	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 462)
461	Allaitiez-vous encore (NOM) ?	OUI 1 (PASSER À 464) NON 2	OUI 1 (PASSER À 466) NON 2	OUI 1 (PASSER À 466) NON 2
462	Pendant combien de temps avez-vous allaité (NOM)?	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 98
463	VÉRIFIER 404: L'ENFANT EST-IL VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> RETOURNER A 405, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 468) (PASSER À 466)	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> RETOURNER A 405, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 468) (PASSER À 466)	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> RETOURNER A 405, DANS AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTION. OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 468) (PASSER À 466)
464	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière entre le lever et le coucher du soleil? DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NBRE. APPROXIMATIF	NOMBRE D'ALLAITEMENT DE NUIT ... <input type="text"/> <input type="text"/>		
465	Pendant combien de fois avez-vous allaité hier durant la journée? DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NBRE. APPROXIMATIF	NOMBRE D'ALLAITEMENT DE JOUR ... <input type="text"/> <input type="text"/>		
466	Est-ce que (NOM) a bu quelque-chose au biberon hier ou la nuit dernière?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
467		RETOURNER À 405 À LA COLONNE SUIVANTE, OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 468.	RETOURNER À 405 À LA COLONNE SUIVANTE, OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 468.	RETOURNER À 405 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 468.

NON.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A																																																																												
468	<p>VÉRIFIER 215 ET 218:</p> <p>A AU MOINS UN ENFANT NÉ EN 2002 OU PLUS TARD ET QUI VIT AVEC ELLE <input type="checkbox"/></p> <p>ENREGISTRER LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE (ET CONTINUER EN POSANT 469)</p> <p>_____</p> <p>(NOM)</p>	<p>N'A PAS D' ENFANT NÉ EN 2002 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> ET QUI VIT AVEC ELLE</p>	501																																																																												
469	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les liquides que (NOM à 468) a bu hier pendant le jour ou la nuit?</p> <p>Est-ce que (NOM de 468) a bu :</p> <p>De l'eau?</p> <p>Préparations pour bébés vendus en commerce?</p> <p>Autre lait comme lait en boîte, en poudre ou lait frais d'animal?</p> <p>Jus de fruit?</p> <p>Café?</p> <p>Thé ou tisane?</p> <p>Bouillon ou soupe ?</p> <p>Autres liquides : de l'eau sucrée, kola ?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EAU</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PRÉPARATION</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>LAIT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>JUS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>CAFÉ</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>INFUSION THÉ/TISANE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>BOUILLON/SOUBE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>AUTRES LIQUIDE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	EAU	1	2	8	PRÉPARATION	1	2	8	LAIT	1	2	8	JUS	1	2	8	CAFÉ	1	2	8	INFUSION THÉ/TISANE.....	1	2	8	BOUILLON/SOUBE	1	2	8	AUTRES LIQUIDE.....	1	2	8																																									
	OUI	NON	NSP																																																																												
EAU	1	2	8																																																																												
PRÉPARATION	1	2	8																																																																												
LAIT	1	2	8																																																																												
JUS	1	2	8																																																																												
CAFÉ	1	2	8																																																																												
INFUSION THÉ/TISANE.....	1	2	8																																																																												
BOUILLON/SOUBE	1	2	8																																																																												
AUTRES LIQUIDE.....	1	2	8																																																																												
470	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les aliments qu'a reçu (NOM de 468) hier pendant le jour ou la nuit, qu'il les ai pris séparément ou mélangés à d'autres?</p> <p>Est-ce que (NOM de 468) a mangé :</p> <p>a. N'importe quel porridge: maïs, farine, manioc, arrow-root ?</p> <p>b. Céréale pour bébé (MARQUE DE PRÉPARATION ARTIFICIELLE FORTIFIÉE POUR BÉBÉ)</p> <p>c. Pain, riz, petit mil, maïs, blé, pâtes, biscuits, gâteaux ou autre aliments à base de céréales?</p> <p>d. Aliments à base de tubercules [ex : pommes de terre, igname, manioc ?]</p> <p>e. Légumes tels que courges, carottes, pommes de terre douce dont l'intérieur est jaune ?</p> <p>f. N'importe quel légume à feuilles vertes?</p> <p>g. Mangues, papayes mures, grenades ou melons ?</p> <p>h. Autres fruits ou légumes, tels que figues, bananes, haricots verts, avocats, tomates ?</p> <p>i. Des abats comme le foie, le coeur ou les rognons?</p> <p>j. Viande de boeuf, de porc, de mouton, de chèvre, de lapin, du cheval ?</p> <p>k. Poulet, coq, canard, pintade ou autre volaille?</p> <p>l. Oeufs?</p> <p>m. Poisson frais ou séché ou fruits de mer?</p> <p>n. Préparation à base de pois ?</p> <p>o. Autres légumes, tels que pistaches ou noix ?</p> <p>p. Du fromage, des yaourts, du lait caillé ou des produits laitiers ?</p> <p>q. Préparation contenant de l'huile, de la graisse, du beurre?</p> <p>r. Autre préparation solide ou semi-solide?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>g</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>h</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>i</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>j</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>k</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>l</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>m</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>n</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>o</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>p</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>q</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>r</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a	1	2	8	b	1	2	8	c	1	2	8	d	1	2	8	e	1	2	8	f	1	2	8	g	1	2	8	h	1	2	8	i	1	2	8	j	1	2	8	k	1	2	8	l	1	2	8	m	1	2	8	n	1	2	8	o	1	2	8	p	1	2	8	q	1	2	8	r	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																																																																												
a	1	2	8																																																																												
b	1	2	8																																																																												
c	1	2	8																																																																												
d	1	2	8																																																																												
e	1	2	8																																																																												
f	1	2	8																																																																												
g	1	2	8																																																																												
h	1	2	8																																																																												
i	1	2	8																																																																												
j	1	2	8																																																																												
k	1	2	8																																																																												
l	1	2	8																																																																												
m	1	2	8																																																																												
n	1	2	8																																																																												
o	1	2	8																																																																												
p	1	2	8																																																																												
q	1	2	8																																																																												
r	1	2	8																																																																												

NON.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
471	VÉRIFIER 470: AU MOINS UN "OUI" <input type="checkbox"/> ↓	PAS UN SEUL "OUI" <input type="checkbox"/>	→ 501
472	Combien de fois (NOM) a-t-il mangé hier des aliments solides, semi-solides ou des purée autres que des liquide durant le jour ou la nuit? SI 7 FOIS OU PLUS, ENREGISTRER '7'.	NOMBRE DE FOIS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	

SECTION 5. VACCINATION, SANTÉ ET NUTRITION DES FEMMES

501	INSCRIRE DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2000 OU PLUS TARD. POSER LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISER LES 2 DERNIÈRES COLONNES DES QUESTIONNAIRES ADDITIONNELS).			
502	NUMÉRO DE LIGNE DE 212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
503	DE 212 ET 216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLER À 503 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 547)	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLER À 503 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 547)	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLER À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU S'IL N'Y A PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 547)
504	Est-ce que (NOM) a déjà reçu une dose de vitamine A (comme cela)? MONTRER LES AMPOULES/ TABLETTES/SIROP.	OUI 1 NON 2 (PASSER À 506) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 506) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 506) ← NE SAIT PAS 8
505	Cela fait combien de mois que (NOM) a pris la dernière dose?	MOIS .. <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS .. <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS .. <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
506	Est-ce que (NOM) prend actuellement du fer en comprimé, granules ou sirop? (comme cela)?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
506 A	Est-ce qu'au cours des 6 derniers mois, (NOM) a pris des médicaments contre les parasites intestinaux?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
507	Avez-vous un carnet où les vaccinations de (NOM) sont inscrites? SI OUI: Puis-je le voir?	OUI, VU 1 (PASSER À 509) ← OUI PAS VU 2 (PASSER À 511) ← PAS DE CARNET 3	OUI, VU 1 (PASSER À 509) ← OUI PAS VU 2 (PASSER À 511) ← PAS DE CARNET 3	OUI, VU 1 (PASSER À 509) ← OUI PAS VU 2 (PASSER À 511) ← PAS DE CARNET 3
508	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM)?	OUI 1 (PASSER À 511) ← NON 2	OUI 1 (PASSER À 511) ← NON 2	OUI 1 (PASSER À 511) ← NON 2

- (1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN À PARTIR DU CARNET OU DE LA CARTE
- (2) INSCRIRE '44' À LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET INDIQUE QU'UNE VACCINATION A ÉTÉ EFFECTUÉE MAIS QU' AUCUNE DATE N'A ÉTÉ REPORTÉE.

	DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE				
	JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE		
BCG				BCG				BCG			
POLIO 0 (DONNÉE NAISSANCE)				P0				P0			
POLIO 1				P1				P1			
POLIO 2				P2				P2			
POLIO 3				P3				P3			
DTPER 1				D1				D1			
DTPER 2				D2				D2			
DTPER 3				D3				D3			
ROUGEOLE				ROU				ROU			
VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)				VIT A				VIT A			
VITAMINE A (2nd PLUS RÉCENTE)				VIT A				VIT A			

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
510	(NOM) a-t-il reçu des vaccins qui n'ont pas été reportés sur ce carnet, y compris ceux reçus au cours de journées nationales de vaccination? INSCRIRE 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE LE BCG, LA POLIO 0-3, LE DTCoq 1-3 ET/OU LA ROUGEOLE	OUI 1 (INSISTER POUR ←) LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À (509) (PASSER À 513) ←	OUI 1 (PROBE FOR ←) VACCINATIONS AND WRITE '66' IN THE CORRESPONDING DAY COLUMN IN 509) (PASSER À 513) ←	OUI 1 (PROBE FOR ←) VACCINATIONS AND WRITE '66' IN THE CORRESPONDING DAY COLUMN IN 509) (PASSER À 513) ←
		NON 2 (PASSER À 513) ← NE SAIT PAS 8	NON 2 (PASSER À 513) ← NE SAIT PAS 8	NON 2 (PASSER À 513) ← NE SAIT PAS 8
511	(NOM) a-t-il déjà reçu des vaccins pour éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus au cours de journées nationales de vaccination?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 515) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 515) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 515) ← NE SAIT PAS 8
512	Pouvez-vous me dire si (NOM) a reçu l'un des vaccins suivants:			
512A	le BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse généralement une cicatrice?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
512B	la polio, c'est-à-dire, des gouttes dans la bouche?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 512E) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 512E) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 512E) ← NE SAIT PAS 8
512C	Le premier vaccin de la polio a-t-il été donné deux semaines après la naissance ou plus tard	2PREMIÈRES SEM. 1 PLUS TARD 2	2PREMIÈRES SEM. 1 PLUS TARD 2	2PREMIÈRES SEM. 1 PLUS TARD 2
512D	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"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
512E	Le vaccin du DTPER, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse ou à la fesse donnée quelquefois en même temps que les gouttes de la polio ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 512G) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 512G) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 512G) ← NE SAIT PAS 8
512F	Combien de fois le vaccin du DTPER a-t-il été donné?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
512G	Une injection pour éviter la rougeole?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
513	Est-ce qu'au cours de ces 2 dernières années, (NOM) a reçu certains de ces vaccins au cours d'une journée nationale de vaccination?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 515) ← AUCUN VACCIN DANS LES 2 DER ANNÉES 3 (PASSER À 515) ← NE SAIT PAS 8 (PASSER À 515) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 515) ← AUCUN VACCIN DANS LES 2 DER ANNÉES 3 (PASSER À 515) ← NE SAIT PAS 8 (PASSER À 515) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 515) ← AUCUN VACCIN DANS LES 2 DER ANNÉES 3 (PASSER À 515) ← NE SAIT PAS 8 (PASSER À 515) ←
514	Au cours de quelle journée nationale de vaccination, (NOM) a-t-il reçu ces vaccins? INSCRIRE TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	CAMPAGNE 1 POLIO/ROUGEOLE (MAI-JUILLET 2001) A CAMPAGNE 2 POLIO/ROUGEOLE (SEPT-DEC 2001) B CAMPAGNE 3 POLIO/ROUGEOLE (MAI-AOUT 2002) C	CAMPAGNE 1 POLIO/ROUGEOLE (MAI-JUILLET 2001) A CAMPAGNE 2 POLIO/ROUGEOLE (SEPT-DEC 2001) B CAMPAGNE 3 POLIO/ROUGEOLE (MAI-AOUT 2002) C	CAMPAGNE 1 POLIO/ROUGEOLE (MAI-JUILLET 2001) A CAMPAGNE 2 POLIO/ROUGEOLE (SEPT-DEC 2001) B CAMPAGNE 3 POLIO/ROUGEOLE (MAI-AOUT 2002) C
515	Est-ce que (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 530) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 530) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 530) ← NE SAIT PAS 8
516	Y avait-il du sang dans les selles?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
517	Je voudrais que vous me disiez maintenant quelle quantité de liquides on a donné à boire à (NOM) pendant la diarrhée. Lui-a-t-on donné moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTER: lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude ou beaucoup moins?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8
518	Quand (NOM) a eu la diarrhée, lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou est-ce qu'on ne lui a rien donné à manger du tout? SI MOINS, INSISTER: lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude ou beaucoup moins?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . 2 ENVIRON LA MÊME 3 QUANTITÉ 4 A STOPPÉ ALIMENT. 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . 2 ENVIRON LA MÊME 3 QUANTITÉ 4 A STOPPÉ ALIMENT. 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . 2 ENVIRON LA MÊME 3 QUANTITÉ 4 A STOPPÉ ALIMENT. 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8
518A	Avez-vous cherché des conseils pour la diarrhée?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 519) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 519) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 519) ←

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
518B	<p>Où êtes-vous allé pour chercher des conseils?</p> <p>SI LA SOURCE EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVER LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Quelque part d'autre?</p> <p>INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B</p> <p>MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G</p> <p>MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I</p> <p>MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÎT. L</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÎT. M GUÉRISSEUR/MÉD.. FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N</p> <p>AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	<p>MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B</p> <p>MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G</p> <p>MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I</p> <p>MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÎT. L</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÎT. M GUÉRISSEUR/MÉD.. FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N</p> <p>AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	<p>MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B</p> <p>MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G</p> <p>MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I</p> <p>MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÎT. L</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÎT. M GUÉRISSEUR/MÉD.. FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N</p> <p>AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>
518C	VÉRIFIER 518B:	<p>DEUX CODES SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU UN <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS CODE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCER ENCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>(PASSER À 518E) ←</p>	<p>DEUX CODES SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU UN <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS CODE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCER ENCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>(PASSER À 518E) ←</p>	<p>DEUX CODES SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU UN <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS CODE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCER ENCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>(PASSER À 518E) ←</p>
518D	<p>À qui vous êtes-vous adressé en premier pour les conseils?</p> <p>UTILISER LETTRES CODE 518B.</p>	<p>PREMIER <input type="checkbox"/></p> <p>ENDROIT</p>	<p>PREMIER <input type="checkbox"/></p> <p>ENDROIT</p>	<p>PREMIER <input type="checkbox"/></p> <p>ENDROIT</p>
518E	<p>Combien de jours après le début de la diarrhée avez-vous commencé à chercher des conseils pour (NOM)?</p> <p>SI MÊME JOUR, INSCRIVER '00'</p>	<p>JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p>

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
519	Avez-vous cherché du traitement pour la diarrhée?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 524) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 524) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 524) ←
520	Où êtes-vous allé pour chercher du traitement? SI LA SOURCE EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVER LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT) Quelque part d'autre? INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÎT. L TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÎT. M GUÉRISSEUR/MÉD. . FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q AUTRE _____ X (PRÉCISER)	MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÎT. L TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÎT. M GUÉRISSEUR/MÉD. . FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q AUTRE _____ X (PRÉCISER)	MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÎT. L TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÎT. M GUÉRISSEUR/MÉD. . FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q AUTRE _____ X (PRÉCISER)
521	VÉRIFIER 520:	DEUX CODES SEUL [] OU UN [] PLUS CODE [] ENCER ENCLÉ CLÉS (PASSER À 523) ←	DEUX CODES SEUL [] OU UN [] PLUS CODE [] ENCER ENCLÉ CLÉS (PASSER À 523) ←	DEUX CODES SEUL [] OU UN [] PLUS CODE [] ENCER ENCLÉ CLÉS (PASSER À 523) ←
522	À qui vous êtes-vous adressé en premier pour le traitement? UTILISER LETTRES CODE 520.	PREMIER [] ENDROIT	PREMIER [] ENDROIT	PREMIER [] ENDROIT

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
523	Combien de jours après le début de la diarrhée avez-vous commencé à chercher du traitement pour (NOM)? SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'	JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/>
524	Est-ce que (NOM) a encore la diarrhée?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
525	Est-ce qu'on lui a donné l'une des choses suivantes à boire depuis le début de la diarrhée? a Un liquide préparé à partir d'un sachet de sérum oral ou de sel lavi ? b Un sérum oral en bouteille vendu en boutique ou pharmacie ? c Une liquide préparé avec de l'eau, du sel et du sucre ?	OUI NON NSP SAC. SRO 1 2 8 SRO LIQ. 1 2 8 SOLUTION MAISON 1 2 8	OUI NON NSP SAC. SRO 1 2 8 SRO LIQ. 1 2 8 SOLUTION MAISON 1 2 8	OUI NON NSP SAC. SRO 1 2 8 SRO LIQ. 1 2 8 SOLUTION MAISON 1 2 8
526	Est-ce qu'autre chose a été donnée pour traiter la diarrhée?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 530) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 530) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 530) ← NE SAIT PAS 8
527	A t-on donné autres choses pour traiter la diarrhée? Rien d'autre? INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PILLULE OU SIROP ANTIBIOTIQUE ... A ANTIMOTILITY .. B ZINC C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITY, OU ZINC) D PILULE OU SIROP INCONNU ... E INJECTION ANTIBIOTIQUE .. F PAS ANTIBIOTI. ... G INJECTION INCONNUE ... H INTRA VEINEUSE . I REMÈDE MAISON/ PLANTES J AUTRE _____ X (PRÉCISER)	PILLULE OU SIROP ANTIBIOTIQUE ... A ANTIMOTILITY .. B ZINC C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITY, OU ZINC) D PILULE OU SIROP INCONNU ... E INJECTION ANTIBIOTIQUE .. F PAS ANTIBIOTI. ... G INJECTION INCONNUE ... H INTRA VEINEUSE . I REMÈDE MAISON/ PLANTES J AUTRE _____ X (PRÉCISER)	PILLULE OU SIROP ANTIBIOTIQUE ... A ANTIMOTILITY .. B ZINC C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITY, OU ZINC) D PILULE OU SIROP INCONNU ... E INJECTION ANTIBIOTIQUE .. F PAS ANTIBIOTI. ... G INJECTION INCONNUE ... H INTRA VEINEUSE . I REMÈDE MAISON/ PLANTES J AUTRE _____ X (PRÉCISER)
528	VÉRIFIER 527: A-T-ON DONNÉ DU ZINC?	CODE "C" CODE "C" ENCERCLÉ PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 530) ←	CODE "C" CODE "C" ENCERCLÉ PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 530) ←	CODE "C" CODE "C" ENCERCLÉ PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 530) ←

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
529	Combien de fois a-t-on donné du zinc à (NOM) ?	FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
530	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre, à un moment quelconque, au cours des 2 dernières semaines?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
531	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, au cours des 2 dernières semaines?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 534) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 534) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 534) ← NE SAIT PAS 8
532A	Quand (NOM) a souffert de la toux, est-ce qu'il respirait plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide ou avait-il des difficultés respiratoires?	OUI, SOUF PI WO 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI, SOUF PI WO 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI, SOUF PI WO 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
532B	Quand (NOM) a souffert de la toux, est-ce qu'il respirait plus court et rapide que d'habitude ou avait-il des difficultés respiratoires?	OUI, SOUF PI KOUT 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI, SOUF PI KOUT 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI, SOUF PI KOUT 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
532C	VÉRIFIER 532A ET 532B:	SI Q532A=1 <input type="checkbox"/> OU Q532B=1 <input type="checkbox"/> OU Q532B=1 <input type="checkbox"/> Q 532A=2 OU 8 OU Q 532B=2 OU 8 (PASSER 535) ←	SI Q532A=1 <input type="checkbox"/> OU Q532B=1 <input type="checkbox"/> OU Q532B=1 <input type="checkbox"/> Q 532A=2 OU 8 OU Q 532B=2 OU 8 (PASSER 535) ←	SI Q532A=1 <input type="checkbox"/> OU Q532B=1 <input type="checkbox"/> OU Q532B=1 <input type="checkbox"/> Q 532A=2 OU 8 OU Q 532B=2 OU 8 (PASSER 535) ←
533	Quand (NOM) a eu cette maladie at-il/elle eu un problème dans la poitrine ou le nez qui coulait ou qui était bouché?	POITRINE SEULE... 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8 (PASSER À 535) ←	POITRINE SEULE... 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8 (PASSER À 535) ←	POITRINE SEULE... 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8 (PASSER À 535) ←
534	VÉRIFIER 530: A EU DE LA FIÈVRE?	OUI NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSER À 546) ←	OUI NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSER À 546) ←	OUI NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSER À 546) ←
535	Je voudrais que vous me disiez maintenant quelle quantité de liquides on a donné à boire à (NOM) pendant la fièvre/toux. Lui a t-on donné la même quantité que d'habitude, moins ou plus que d'habitude? SI MOINS QUE D'HABITUDE, INSISTER : a t-on donné moins ou beaucoup moins que d'habitude?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . 2 ENVIRON MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . 2 ENVIRON MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . 2 ENVIRON MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
536	<p>Quand (NOM) a eu de la (fièvre/ toux), lui a t-on donné moins à manger, plus, environ la même quantité que d'habitude ou rien à manger?</p> <p>SI MOINS, INSISTER: lui a t-on donné a manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude?</p>	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ ALIMENT. 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 ALIMENT. 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 ALIMENT. 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8
536A	Avez-vous cherché des conseils pour la maladie?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 537) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 537) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 537) ←
536B	<p>Où êtes-vous d'abord allé pour chercher des conseils?</p> <p>Où d'autre?</p> <p>INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÏT. L TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÏT. M GUÉRISSEUR/MÉD.. FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N AUTRE NON MEDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q AUTRE _____ X (PRÉCISER)	MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÏT. L TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÏT. M GUÉRISSEUR/MÉD.. FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N AUTRE NON MEDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q AUTRE _____ X (PRÉCISER)	MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÏT. L TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÏT. M GUÉRISSEUR/MÉD.. FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N AUTRE NON MEDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q AUTRE _____ X (PRÉCISER)

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
536C	VÉRIFIER 536B:	DEUX CODES SEUL. <input type="checkbox"/> OU UN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PLUS CODE <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ EN CERCLÉ ↓ (PASSER À 536E) ←	DEUX CODES SEUL. <input type="checkbox"/> OU UN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PLUS CODE <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ EN CERCLÉ ↓ (PASSER À 536E) ←	DEUX CODES SEUL. <input type="checkbox"/> OU UN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PLUS CODE <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ EN CERCLÉ ↓ (PASSER À 536E) ←
536D	Où êtes-vous d'abord allé pour chercher des conseils? UTILISER LES LETTRES DES CODES DE Q.536B	PREMIER <input type="checkbox"/> ENDROIT	PREMIER <input type="checkbox"/> ENDROIT	PREMIER <input type="checkbox"/> ENDROIT
536E	Combien de jours après le début de la maladie avez-vous commencé à chercher des conseils pour (NOM)? SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'	JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/>
537	Avez-vous cherché du traitement pour la maladie	OUI 1 NON 2 (PASSER À 542) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 542) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 542) ←
538	Où êtes-vous allé pour chercher du traitement? quelque part d'autre? INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÎT. L TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÎT. M GUÉRISSEUR/MÉD. . FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q AUTRE _____ X (PRÉCISER)	MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÎT. L TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÎT. M GUÉRISSEUR/MÉD. . FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q AUTRE _____ X (PRÉCISER)	MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÎT. L TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÎT. M GUÉRISSEUR/MÉD. . FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q AUTRE _____ X (PRÉCISER)

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
539	VÉRIFIER 538:	DEUX CODES SEUL. <input type="checkbox"/> OU UN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PLUS CODE <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ EN CERCLÉ (PASSER À 541) ←	DEUX CODES SEUL. <input type="checkbox"/> OU UN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PLUS CODE <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ EN CERCLÉ (PASSER À 541) ←	DEUX CODES SEUL. <input type="checkbox"/> OU UN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PLUS CODE <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ EN CERCLÉ (PASSER À 541) ←
540	Où êtes-vous d'abord allé pour chercher du traitement? UTILISER LES LETTRES DES CODES DE Q.538	PREMIER <input type="checkbox"/>	PREMIER <input type="checkbox"/>	PREMIER <input type="checkbox"/>
541	Combien de jours après le début de la maladie, avez-vous commencé à chercher du traitement pour (NOM)? SI MÊME JOUR, INSCRIVEZ '00'.	JOURS ... <input type="text"/>	JOURS ... <input type="text"/>	JOURS ... <input type="text"/>
542	Est-ce que (NOM) souffre toujours de la fièvre et de la toux?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
543	Est-ce que (MOM) a pris, à un moment quelconque, des médicaments contre la maladie?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 546) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 546) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 546) ← NE SAIT PAS 8
544	Quels médicaments (NOM) a-t-il pris ? Rien d'autre? INSCRIRE TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	ANTIPALUDÉENS PRIMIQUEINE ... A CHLOROQUINE . B QUININE C AUTRE ANTI-PALUDÉEN ... D ANTIBIOTIQUE ANTIBIOTIQUES SPEC AU PAYS E AUTRE ANTI-BIOTIQUE ... F BIOTIQUE ... G AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE H ACETA-MINOPHÈN ... I IBUPROFEN ... J ANTITUSSIF K EXPETORANT ... L AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDÉENS PRIMIQUEINE ... A CHLOROQUINE . B QUININE C AUTRE ANTI-PALUDÉEN ... D ANTIBIOTIQUE ANTIBIOTIQUES SPEC AU PAYS E AUTRE ANTI-BIOTIQUE ... F BIOTIQUE ... G AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE H ACETA-MINOPHÈN ... I IBUPROFEN ... J ANTITUSSIF K EXPETORANT ... L AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDÉENS PRIMIQUEINE ... A CHLOROQUINE . B QUININE C AUTRE ANTI-PALUDÉEN ... D ANTIBIOTIQUE ANTIBIOTIQUES SPEC AU PAYS E AUTRE ANTI-BIOTIQUE ... F BIOTIQUE ... G AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE H ACETA-MINOPHÈN ... I IBUPROFEN ... J ANTITUSSIF K EXPETORANT ... L AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
544A	VÉRIFIER 544: N'IMPORTE QUEL CODE A-I ENCERCLÉ?	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSER À 546) ←	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSER À 546) ←	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSER À 546) ←
545	Aviez-vous déjà (NOM DU MÉDI CAMENT DE 544) à la maison quand (NOM) est tombé malade? SI OUI, ENCERCLER LE CODE POUR CE MÉDICAMENT. POSER LA QUESTION SÉPARÉ MENT POUR CHAQUE ANTIPA- LUDÉEN OU ANTIBIOTIQUE DONNÉ À 544.	ANTIPALUDÉENS PRIMIQUE ... A CHLOROQUINE . B QUININE C AUTRE ANTI- PALUDÉEN ... D ANTIBIOTIQUE ANTIBIOTIQUES SPEC AU PAYS E AUTRE ANTI- F BIOTIQUE ... G	ANTIPALUDÉENS PRIMIQUE ... A CHLOROQUINE . B QUININE C AUTRE ANTI- PALUDÉEN ... D ANTIBIOTIQUE ANTIBIOTIQUES SPEC AU PAYS E AUTRE ANTI- F BIOTIQUE ... G	ANTIPALUDÉENS PRIMIQUE ... A CHLOROQUINE . B QUININE C AUTRE ANTI- PALUDÉEN ... D ANTIBIOTIQUE ANTIBIOTIQUES SPEC AU PAYS E AUTRE ANTI- F BIOTIQUE ... G
546		RETOURNER À 503 À LA COLONNE SUI- VANTE; OU SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 547.	RETOURNER À 503 À LA COLONNE SUI- VANTE; OU SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 547.	RETOURNER À 503 À LA COLONNE SUI- VANTE; OU SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 547.

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A																											
547	VÉRIFIER 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2000 OU PLUS TARD VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE UN OU PLUS <input type="checkbox"/> → AUCUN <input type="checkbox"/> →		550																											
548	La dernière fois que (NOM DU PLUS JEUNE ENFANT) est allé à la selle, qu'avez-vous fait pour vous débarrasser des excréments?	ENFANT A UTILISÉ TOILETTES/LATRINE 01 JETÉ DANS TOILETTES/LATRINES... 02 JETÉS DANS ÉGOUTS OU FOSSÉ... 03 JETÉS AVEC LES ORDURES 04 ENTERRÉ..... 05 LAISSÉS À L'AIR LIBRE 06 AUTRE 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98																												
549	VÉRIFIER 525(a) ET 525(b), TOUTES LES LIGNES: AUCUN ENFANT N'A REÇU DE LIQUIDES D'UN SACHET DE SRO OU DE LIQUIDE DE SRO PRÉEMBALLÉ <input type="checkbox"/> → UN ENFANT A REÇU DES LIQUIDES D'UN SACHET SRO OU DE LIQUIDE SRO PRÉEMBALLÉ <input type="checkbox"/> →		551																											
550	Avez-vous déjà entendu parler de SRO ou Sel lavi ou sérum oral que l'on peut se procurer pour traiter la diarrhée?	OUI 1 NON..... 2																												
551	Je voudrais maintenant vous poser des questions concernant vos propres soins médicaux Pour différentes raisons, les femmes peuvent être empêchées d'obtenir des conseils ou traitements pour elles-mêmes. Quand vous êtes malade et que vous avez besoin d'un conseil ou d'un traitement, est-ce que les choses suivantes constituent un gros problème ou non? Obtenir la permission d'aller. Obtenir l'argent nécessaire pour le traitement La distance pour se rendre à l'établissement de santé Avoir à prendre un moyen de transport Ne pas vouloir s'y rendre seule Inquiète à l'idée qu'il n'y aura peut-être pas un prestataire femme Inquiète à l'idée qu'il n'y aura pas de prestataire de santé. Inquiète à l'idée qu'il n'y aura pas de médicaments disponibles	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>GROS PROBLÈME</th> <th>PAS UN GROS PROBLÈME</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PERMISSION D'ALLEF...</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OBTENIR L'ARGENT</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>DISTANCE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PRENDRE TRANSPORT ...</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ALLER SEULE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PAS DE FEMME PREST. . .</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PAS DE PRESTATAIRE . .</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PAS DE MÉDIC</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		GROS PROBLÈME	PAS UN GROS PROBLÈME	PERMISSION D'ALLEF...	1	2	OBTENIR L'ARGENT	1	2	DISTANCE	1	2	PRENDRE TRANSPORT ...	1	2	ALLER SEULE	1	2	PAS DE FEMME PREST. . .	1	2	PAS DE PRESTATAIRE . .	1	2	PAS DE MÉDIC	1	2	
	GROS PROBLÈME	PAS UN GROS PROBLÈME																												
PERMISSION D'ALLEF...	1	2																												
OBTENIR L'ARGENT	1	2																												
DISTANCE	1	2																												
PRENDRE TRANSPORT ...	1	2																												
ALLER SEULE	1	2																												
PAS DE FEMME PREST. . .	1	2																												
PAS DE PRESTATAIRE . .	1	2																												
PAS DE MÉDIC	1	2																												

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
552	Avez-vous une assurance médicale?	OUI 1 NON..... 2	→ 554
553	Quel type d'assurance médicale avez-vous? INSCRIRE TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	ORGANISME MUTUELLE SANTÉ MUTUELLE/ASSURANCE SANTÉ COMMUNAUTAIRE A ASSURANCE MÉDICALE PAR EMPLOYEUR B SÉCURITÉ SOCIALI C AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE D AUTRE X (PRÉCISER)	
554	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur n'importe quelle injection que vous avez pu avoir au cours des 12 derniers mois. Avez-vous eu une injection pour une raison quelconque au cours des 12 derniers mois? SI OUI: Combien d'injections avez-vous eu? SI NOMBRE D'INJECTIONS EST SUPÉRIEUR À 90, OU QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, INSCRIRE '90'. SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR AVOIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D' INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 558
555	Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou par un autre professionnel de la santé? SI NOMBRE D'INJECTIONS EST SUPÉRIEUR À 90, OU QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, INSCRIRE '90'. SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR AVOIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D' INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 558

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
556	La dernière fois que vous avez eu une injection effectuée par un professionnel de la santé, où êtes-vous allée pour la faire?	MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT 11 CENTRE SANTÉ/(CAL/CSL)/ DISP. . 12 MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. 21 CENTRE SANTÉ/ (CAL/CSL)/ DISP. . 22 MÉDECIN PRIVÉ 23 INFIRMIER(E)/AUXILIAIRE 24 PHARMACIE 25 MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE 31 CENTRE SANTÉ/(CAL/CSL)/ DISP. . 32 MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE 41 AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . 42 SAGE-FEMME/MATRO. AV. BOÎT. . 43 AUTRE ENDROIT À LA MAISON _____ 51 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
557	Est-ce que la personne qui vous a fait l'injection, a pris la seringue et l'aiguille d'un paquet neuf et qui n'avait pas été ouvert?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
558	Fumez-vous actuellement des cigarettes?	OUI 1 NON 2	→ 560
559	Au cours des dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumé?	CIGARETTES <input type="text"/>	
560	Fumez-vous actuellement ou utilisez-vous d'autres types de tabac?	OUI 1 NON 2	→ 561A
561	Quel (autre) type de tabac fumez-vous actuellement ou utilisez-vous actuellement? INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PIPE A TABAC À MÂCHER B TABAC À PRISER C AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
561A	Buvez-vous de l'alcool?	OUI 1 NON 2 REFUSE DE RÉPONDRE/ 3	→ 562 → 562

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
561B	Quel type d'alcool buvez-vous? Quel autre type d'alcool buvez-vous? INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	BIERE A TAFIA/ CLAIRIN B RHUM C VIN D AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
562	Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée tuberculose ou TB ?	OUI 1 NON 2	→ 601
563	Comment la tuberculose/TB se transmet-elle d'une personne à une autre? INSISTER: d'autres moyens? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PAR L'AIR EN TOUSSANT OU ÉTERNUANANT A EN PARTAGEANT DES INSTRUMENTS B EN TOUCHANT UNE PERSONNE AYANT LA TB C PAR LA NOURRITURE D PAR CONTACT SEXUEL E PAR PIQÛRES DE MOUSTIQUE F PAR MOYEN SURNATUREL G AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	
564	La tuberculose peut-elle être guérie?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
565	Si un membre de votre famille contractait la TB, voudriez-vous que son état reste secret ou non?	OUI, RESTE SECRET 1 NON 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ ÇA DÉPENC 8	
566	VÉRIFIER 468: A AU MOINS UN ENFANT NÉ EN 2002 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/>	N'A AUCUN ENFANT NÉ EN 2002 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/>	→ 601

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			PASSER A
567	Maintenant je voudrais vous parler des aliments et liquides que vous avez pris hier, durant la journée ou la nuit, soit séparément ou avec d'autres aliments ou liquides.				
	Avez-vous mangé ou bu?		OUI NO DK		
	a. Pain, riz, petit mil, maïs, blé, pâtes, biscuits, gâteaux ou autre aliments à base de céréales?	a	1	2	8
	b. Aliments à base de tubercules [ex : pommes de terre, igname, manioc ?]	b	1	2	8
	c. Légumes tels que courges, carottes, pommes de terre douce dont l'intérieur est jaune ?	c	1	2	8
	d. N'importe quel légume à feuilles vertes?	d	1	2	8
	e. Mangues, papayes mures, abricots, grenades ou melons ?	e	1	2	8
	f. Autres fruits ou légumes, tels que bananes, haricots verts, avocats, tomates ?	f	1	2	8
	g. Des abats comme le foie, le coeur ou les rognons?	g	1	2	8
	h. Viande de boeuf, de porc, de mouton, de chèvre, de lapin ?	h	1	2	8
	i. Poulet, coq, canard, dinde, pintade ou autre volaille?	i	1	2	8
	j. Oeufs?	j	1	2	8
	k. Poisson frais ou séché ou fruits de mer?	k	1	2	8
	l. Préparation à base d'haricots, de pois ou de lentilles?	l	1	2	8
	m. Autres légumes, tels que pistaches ou noix ?	m	1	2	8
	n. Du fromage, des yaourts, du lait ou des produits laitiers?	n	1	2	8
	o. Préparation contenant de l'huile, de la graisse, du beurre?	o	1	2	8
	p. Du thé ou café?	p	1	2	8
	q. N'importe quel aliment ou boisson sucrée, comme les gâteaux, le chocolat, les sucreries, les bonbons, les sodas, les jus ou boissons à base de fruit?	q	1	2	8

SECTION 6. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À	
601	Êtes-vous actuellement mariée, placée, vivavek ou vivez-vous avec un homme?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE 1 OUI, ACTUELLEMENT PLACÉE 2 OUI, ACTUELLEMENT VIVAVEK ... 3 OUI, VIT AVEC UN HOMME 4 NON, PAS EN UNION 5	→ 605	
602	Avez-vous déjà été mariée, placée, vivavek ou avez-vous déjà vécu avec un homme?	OUI, A ÉTÉ DÉJÀ MARIÉE/ PLACÉE/VIVAVEK 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME ... 2 NON 3	→ 614	
604	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE 1 DIVORCÉE 2 SÉPARÉE 3	→ 610	
605	Est-ce que votre mari/partenaire/"monsieur": vit actuellement avec vous, ou vit-il ailleurs?	VIVENT ENSEMBLE 1 VIT AILLEURS 2		
606	ENREGISTRER LE NOM ET 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"/> <input type="text"/>		
607	À part vous, est-ce que votre mari/partenaire/"monsieur" a d'autres épouses ou vit-il avec d'autres femmes comme s'il était marié?	OUI 1 NON 2 NSP 8	→ 610	
608	Avec combien d'autres épouses ou partenaires votre mari/partenaire/"monsieur" vit-il actuellement?	NOMBRE D'AUTRES ÉPOUSES/PARTENAIRES ... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 98		
609	Êtes-vous la première, deuxième,.....épouse?	RANG <input type="text"/> <input type="text"/>		
610	Avez-vous été mariée, placée, vivavek ou avez-vous vécu avec un homme, une seule fois ou plus d'une fois?	SEULEMENT UNE FOIS 1 PLUS D'UNE FOIS 2		
611	VERIFIER 610: MARIÉE/A VÉCU AVEC 1 HOMME <input type="checkbox"/> UNE SEULE FOIS ↓ En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/ partenaire/ "monsieur"?	MARIÉE/A VÉCU AVEC 1 HOMME <input type="checkbox"/> 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 mariée. En quel mois et quelle année vous vous êtes-vous mariée ou avez-vous com- mencé à vivre avec un homme comme si vous étiez mariée pour la 1 ^{ère} foi?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	→ 613A
612	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui?	AGE <input type="text"/> <input type="text"/>		

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
613A	VÉRIFIER 604: L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ACTUELLEMENT VEUVE? PAS POSÉE <input type="checkbox"/> OU PAS VEUVE ↓	VEUVE <input type="checkbox"/>	→ 613D
613B	VÉRIFIER 610: MARIÉE/PLACÉE/ VIVAVEK <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE FOIS ↓	MARIÉE/PLACÉE/ VIVAVEK <input type="checkbox"/> UNE SEULE FOIS	→ 614
613C	Comment s'est terminé votre précédente union/mariage?	DÉCÈS/VEUVAGE 1 DIVORCE 2 SÉPARATION 3	→ 614
613D	À qui est passé la plus grande partie des biens que possédait votre dernier mari/partenaire/ "monsieur"?	ENQUÊTÉE 1 AUTRE FEMME 2 ENFANTS DE L'ÉPOUSE 3 FAMILLE DE L'ÉPOUSE 4 AUTRE 5 (PRÉCISER) AUCUN BIEN 6	→ 614
613E	Avez-vous reçu des biens ou des choses ayant de la valeur de votre dernier mari/partenaire/ "monsieur"?	OUI 1 NON 2	
614	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER L'INTERVIEW, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
615	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?	JAMAIS 00 ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> PREMIÈRE FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIER) MARI/PARTENAIRE 95	→ 617 → 617
616	Avez-vous l'intention d'attendre d'être marié(e) pour commencer à avoir des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SURE 8	→ 637
617	VÉRIFIER 105: 15-24 <input type="checkbox"/> ANS ↓	25-49 <input type="checkbox"/> ANS	→ 622
618	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	
619	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	→ 622
620	Cette personne était-elle plus âgée que vous, plus jeune que vous ou bien avait-elle environ le même âge que vous?	PLUS ÂGÉE 1 PLUS JEUNE 2 MÊME ÂGE 3 NE SAIT PAS/NE SE SOUVIENT PAS 8	→ 622

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À								
621	Diriez-vous que cette personne avait dix ans de plus que vous ou davantage, ou moins de dix ans de plus que vous?	AU MOINS DIX ANS DE PLUS 1 MOINS DE DIX ANS DE PLUS 2 PLUS VIEUX, NSP DE COMBIEN ... 3									
622	Quand avez-vous eu vos derniers rapports sexuels? ENREGISTRER UN NOMBRE D'ANNÉES SEULEMENT SI LES DERNIERS RAPPORTS SEXUELS ONT EU LIEU IL Y A UNE ANNÉE OU PLUS S'IL Y A 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE CONVERTIE ET ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	IL YA ... JOURS 1 IL YA ... SEMAINES 2 IL YA ... MOIS 3 IL YA ... ANNÉES 4	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 10px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> → 624 </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-top: 1px solid black; width: 10px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> → 636 </div>								

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
623	Quand avez-vous vos derniers rapports sexuels avec cette personne?		JOURS. 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS. 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
624	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 626) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 626) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 626) ←
625	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
626	Quel était votre relation avec cette personne? SI "RENMEN", "FIANCÉ", PETIT AMI, DEMANDER: Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariée? SI OUI, ENCERCLER '02' SI NON, ENCERCLER '03'	MARI 01 (PASSER À 632) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE . 02 PARTENAIRE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE . 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE . 04 PROFESSIONNEL DU SEXE 05 AUTRE 96 (PRÉCISER)	MARI 01 (PASSER À 632) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE . 02 PARTENAIRE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE . 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE . 04 PROFESSIONNEL DU SEXE 05 AUTRE 96 (PRÉCISER)	MARI 01 (PASSER À 632) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE . 02 PARTENAIRE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE . 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE . 04 PROFESSIONNEL DU SEXE 05 AUTRE 96 (PRÉCISER)
627	Pendant combien de temps avez-vous eu, ou depuis combien de temps avez-vous des rapports sexuels avec cette personne? SI RAP. SEX. SEULEMENT UNE FOIS, ENREGISTRER '01' JOURS	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"/>
628	VÉRIFIER 105:	FEMME FEMME 15-24 25-49 <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 632) ←	FEMME FEMME 15-24 25-49 <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 632) ←	FEMME FEMME 15-24 25-49 <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 632) ←
629	Quel âge à cette personne?	ÂGE DE LA PERSONNE <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 632) ← NE SAIT PAS 98	ÂGE DE LA PERSONNE <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 632) ← NE SAIT PAS 98	ÂGE DE LA PERSONNE <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 632) ← NE SAIT PAS 98
630	Cette personne est-elle plus âgée que vous, plus jeune que vous, ou a-t-elle environ le même âge que vous?	PLUS ÂGÉE ... 1 PLUS JEUNE ... 2 MÊME ÂGE 3 NE SAIT PAS ... 8 (PASSER À 632) ←	PLUS ÂGÉE ... 1 PLUS JEUNE ... 2 MÊME ÂGE 3 NE SAIT PAS ... 8 (PASSER À 632) ←	PLUS ÂGÉE ... 1 PLUS JEUNE ... 2 MÊME ÂGE 3 NE SAIT PAS ... 8 (PASSER À 632) ←
631	Diriez-vous que cette personne avait dix ans de plus que vous ou davanatge, 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	DIX ANS OU PLUS . 1 MOINS DE DIX ANS . 2 PLUS VIEUX, NSP DE COMBIEN ... 3	DIX ANS OU PLUS . 1 MOINS DE DIX ANS . 2 PLUS VIEUX, NSP DE COMBIEN ... 3
632	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 634) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 634) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 635) ←

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
633	Cette personne ou vous-même étiez-vous ivre à ce moment-là? SI OUI : Qui était ivre?	ENQUÊTÉ(E) SEUL 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉ(E) ET PARTENAIRE 3 NI L'UN NI L'AUTRE 4	ENQUÊTÉ(E) SEUL 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉ(E) ET PARTENAIRE 3 NI L'UN NI L'AUTRE 4	ENQUÊTÉ(E) SEUL 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉ(E) ET PARTENAIRE 3 NI L'UN NI L'AUTRE 4
634	Mise 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 RETOURNER À 623 ← COLON. SUIVANTE NON 2 (ALLER À 636) ←	OUI 1 RETOURNER À 623 ← COLON. SUIVANTE NON 2 (ALLER À 636) ←	
No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		PASSER À
635	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI NOMBRE DE PERSONNES SUPÉRIEUR À 95, NOTEZ '95'.	NOMBRE DE PARTENAIRES DANS 12 DERNIERS MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98		
636	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 AU COURS DE LA VIE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98		
636A	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRE PERSONNES NE CONTINUEZ PAS TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS COMPLÈTEMENT EN PRIVÉ AVEC L'ENQUÊTÉ(E)	PRIVÉ OBTENU 1 PRIVÉ IMPOSSIBLE 2		→ 637
636B	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, diriez-vous que vous vouliez avoir ces rapports sexuels, ou que vous y avait été forcé(e) contre votre volonté?	VOULAIT 1 A ÉTÉ FORCÉ(E) 2 REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3		→ 636D → 636D
636C	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, vous y a-t-on forcé physiquement?	OUI 1 NON 2 REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3		
636D	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		→ 637
636E	Vous a-t-on forcé physiquement?	OUI 1 NON 2 REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3		
637	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms?	OUI 1 NON 2		→ 640

638	<p>Où est-ce?</p> <p>SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Y a-t-il un autre endroit?</p> <p>ENREGISTREZ TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT A CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE B</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ C CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE D CLINIQUE PLANNING FAMILIAL E CABINET MÉDECIN PRIVÉ F PHARMACIE G</p> <p>SECTEUR MÉDICAL MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE H CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE I CLINIQUE PLANNING FAMILIAL J</p> <p>SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL CLINIQUE MOBILE K AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR L SAGE-FEMME/MATRONE AVEC BOÎTE M</p> <p>AUTRE SOURCE NON MÉDICALE BOUTIQUE/ MARCHÉ N BAR O DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE P ÉCOLE Q INSTITUTION RELIGIEUSE R PARENT(E)S/ AMI(E)S S</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	
639	Si vous le voulez, pourriez-vous vous procurer un condom?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8	
640	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms féminin?	OUI 1 NON 2	→ 701

641	<p>Où est-ce?</p> <p>SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Y a-t-il un autre endroit?</p> <p>ENREGISTREZ TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE B</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE D</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL E</p> <p>CABINET MÉDECIN PRIVÉ F</p> <p>PHARMACIE G</p> <p>SECTEUR MÉDICAL MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE H</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE I</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL J</p> <p>SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL</p> <p>CLINIQUE MOBILE K</p> <p>AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR L</p> <p>SAGE-FEMME/MATRONE AVEC BOÎTE M</p> <p>AUTRE SOURCE NON MÉDICALE</p> <p>BOUTIQUE/ MARCHÉ N</p> <p>BAR O</p> <p>DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE P</p> <p>ÉCOLE Q</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE R</p> <p>PARENT(E)S/ AMI(E)S S</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	
642	<p>Si vous le vouliez, pourriez-vous vous procurer un condom féminin?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8</p>	

SECTION 7. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
701	VÉRIFIER 311/311A : NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→ 713								
702	VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants du tout ?	ENCEINTE <input type="checkbox"/> Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autres enfants du tout?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ... 1 PAS D'AUTRE DU TOUT/AUCUN ... 2 → 704 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 3 → 713 INDÉCISE/NE SAIT PAS : ET ENCEINTE 4 → 709 ET PAS ENCEINTE/PAS SÛRE ... 5 → 708								
703	VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant ?	ENCEINTE <input type="checkbox"/> Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS 1 <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 → 708 DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 994 → 713 APRÈS MARIAGE 995 AUTRE 996 → 708 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 998								
704	VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→ 709								
705	VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE ? NON POSÉE <input type="checkbox"/> N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>		→ 713								
706	VÉRIFIER 703 : NON POSÉE <input type="checkbox"/> 24 MOIS OU PLUS OU 02 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/> 00-23 MOIS OU 00-01 ANNÉE <input type="checkbox"/>		→ 709								

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

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
711	<p>Quelle est la raison principale pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez pas de méthode contraceptive dans un avenir proche ou lointain ?</p>	<p>NON MARIÉE 11</p> <p>RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ</p> <p>PAS DE RAP. SEXUELS/RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS 22</p> <p>MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE 23</p> <p>SOUS-FÉCONDE/STÉRILE ... 24</p> <p>VEUT AUTANT D'ENFANTS QUE POSSIBLE 26</p> <p>OPPOSITION À L'UTILISATION</p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉE 31</p> <p>MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ . 32</p> <p>AUTRES PERSONNES OPPOSÉES 33</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX 34</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE 41 → 713</p> <p>CONNAÎT AUCUNE SOURCE 42</p> <p>RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES</p> <p>PROBLÈMES DE SANTÉ 51</p> <p>PEUR DES EFFETS SECONDAIRES 52</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN . 53</p> <p>TROP CHER 54</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER ... 55</p> <p>INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NORMALES DU CORPS ... 56</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
712	Utiliserez-vous une méthode si vous étiez mariée ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
713	<p>VÉRIFIER 216 :</p> <p>A DES ENFANTS <input type="checkbox"/> N'A PAS DES <input type="checkbox"/></p> <p>VIVANTS ↓ ENFANTS VIVANTS ↓</p> <p>Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ?</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir ?</p> <p>INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.</p>	<p>PAS D'ENFANT 00 → 715</p> <p>NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 → 715</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
714	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles, et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?	<p>GARÇONS FILLES N'IMPORTE</p> <p>NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
715	<p>Au cours des derniers mois, avez-vous entendu parler de planification familiale :</p> <p>À la radio ?</p> <p>À la télévision ?</p> <p>Dans des journaux ou magazines ?</p>	<p>OUI NON</p> <p>RADIO 1 2</p> <p>TÉLÉVISION 1 2</p> <p>JOURNAUX OU MAGAZINES ... 1 2</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
717	VÉRIFIER 601 : OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE/PLACÉE/VIVAVEK <input type="checkbox"/> OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 723
718	VÉRIFIER 311/311A : NI CODE 'B', NI CODE 'G', NI CODE 'M', ENCERCLÉ, MAIS AUTRES CODES ENCERCLÉS <input type="checkbox"/> CODE 'B' OU 'G' OU 'M' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> AUCUN CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>		→ 720 → 722
719	Est-ce que votre mari/partenaire sait que vous utilisez une méthode de contraception?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
720	Diriez-vous que l'utilisation de la contraception est principalement votre propre décision, principalement celle de de votre mari/partenaire, ou une décision commune de vous deux ?	DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE 2 DÉCISION COMMUNE 3 AUTRE 6 (PRÉCISER)	
721	VÉRIFIER 311/311A : NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→ 723
722	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 NOMBRE 1 PLUS D'ENFANTS 2 MOINS D'ENFANTS 3 NE SAIT PAS 8	
723	Le mari et la femme ne sont pas toujours d'accord sur tout. S'il vous plaît, dites-moi si vous pensez qu'il est légitime qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand : Elle sait que son mari a une maladie sexuellement transmissible ? Elle sait que son mari a des rapports sexuels avec d'autres femmes? Elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur à ça ?	OUI NON NSP IL A UNE MST 1 2 8 AUTRES FEMMES 1 2 8 FATIGUÉE/PAS HUMEUR . 1 2 8	
724	Quand une femme sait que son mari a une maladie transmissible par contact sexuel, est-il justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent un condom au cours des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
725	VÉRIFIER 601 ACTUELLEMENT MARIÉE/EN UNION <input type="checkbox"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 801
726	Pouvez-vous refuser à votre mari/partenaire d'avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne souhaitez pas en avoir?	OUI 1 NON 2 ÇA DÉPEND/PAS SÛRE 8	
727	Pourriez-vous demander à votre mari d'utiliser un condom si vous vouliez qu'il en utilise un?	OUI 1 NON 2 ÇA DÉPEND/PAS SÛRE 8	

SECTION 8. CARACTÉRISTIQUES DU CONJOINT ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
801	VÉRIFIER 601 ET 602 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/ VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	→ 803 → 807
802	Quel âge avait votre mari/partenaire à son dernier anniversaire ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
803	Est-ce que votre (dernier) mari/partenaire a fréquenté l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 806
804	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint : primaire, secondaire ou supérieur?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 1 2 SUPÉRIEUR 3 NE SAIT PAS 8	→ 806
805	Quelle est la dernière année/classe qu'il a achevée à ce niveau ?	CLASSE/ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
806	VÉRIFIER 801 : 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"/> <input type="text"/> _____ _____ _____	
807	En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous avez travaillé au cours des sept derniers jours?	OUI 1 NON 2	→ 811
808	Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en nature ou en argent. Certaines tiennent un petit commerce, d'autres une petite affaire ou d'autres encore travaillent dans l'affaire de la famille. Au cours des sept derniers jours, avez-vous fait un travail de ce genre ou un autre travail?	OUI 1 NON 2	→ 811
809	Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des sept derniers jours, avez-vous un travail ou une affaire dont vous êtes absenté pour congé, maladie, vacances ou pour une autre raison?	OUI 1 NON 2	→ 811
810	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	→ 818
811	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail faites-vous principalement ?	<input type="text"/> <input type="text"/> _____ _____ _____	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
812	VÉRIFIER 811 : TRAVAILLE DANS AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE PAS DANS AGRICULTURE <input type="checkbox"/>		→ 814
813	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre, ou sur la terre de votre famille, ou travaillez-vous sur une terre que vous louez, ou travaillez vous sur la terre de quelqu'un d'autre ?	PROPRE TERRE 1 TERRE DE LA FAMILLE 2 TERRE LOUÉE 3 TERRE DE MOITIÉ 4 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE . 5	
814	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre, ou êtes-vous à votre compte ?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE 1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE 2 À SON COMPTE 3	
815	Travaillez-vous habituellement à la maison ou loin de la maison ?	À LA MAISON 1 LOIN DE LA MAISON 2	
816	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière, ou seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE . 2 TEMPS EN TEMPS 3	
817	Pour ce travail, touchez-vous de l'argent, êtes-vous payée en nature ou n'êtes-vous pas du tout payée ?	ARGENT SEULEMENT 1 ARGENT ET NATURE 2 EN NATURE SEULEMENT 3 PAS PAYÉE 4	
818	CHECK 601: ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 824
819	VÉRIFIER 817 CODE 1 OU 2 ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 822
820	Qui décide comment l'argent que vous gagnez va être utilisé: principalement vous-même, principalement votre mari/partenaire, ou vous et votre mari/partenaire ensemble?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME 1 MARI/PARTENAIRE 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE 3 AUTRE 6	
821	Diriez-vous que vous rapportez dans votre ménage, plus d'argent que votre mari/partenaire, moins d'argent que lui ou à peu près la même chose que lui?	PLUS QUE LUI 1 MOINS QUE LUI 2 À PEU PRÈS LE MÊME 3 MARI/PARTENAIRE NE RAPPORTE PAS ARGENT ... 4 NA SAIT PAS 8	→ 823
822	Qui décide comment l'argent que gagne votre mari/partenaire va être utilisé: principalement vous-même, principalement votre mari/partenaire, ou vous et votre mari/partenaire ensemble?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME 1 MARI/PARTENAIRE 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE 3 MARI/PARTENAIRE NE RAPPORTE PAS ARGENT ... 4 AUTRE 6	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
823	<p>Qui généralement prend les décisions concernant vos propres soins de santé: principalement vous-même, principalement votre mari/ partenaire, ou vous et votre mari/partenaire ensemble?</p> <p>Qui généralement prend les décisions concernant les achats importants pour le ménage?</p> <p>Qui généralement prend les décisions concernant les achats pour les besoins quotidiens du ménage?</p> <p>Qui généralement prend les décisions concernant les visites à vos parents ou à votre famille?</p>	<p>ENQUÊTÉE ELLE-MÊME = 1 MARI/PARTENAIRE = 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE, ENSEMBLE = 3 QUELQU'UN D'AUTRE = 4 AUTRE = 5</p> <p>1 2 3 4 5</p>	
824	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE MOMENT (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS, OU PAS PRÉSENTES)	<p>PRÉS/ PRÉS/ PAS ÉCOUTE ÉCOUTE PRÉS PAS</p> <p>ENFANTS <10 1 2 8</p> <p>MARI 1 2 8</p> <p>AUTRES HOMMES 1 2 8</p> <p>AUTRES FEMMES 1 2 8</p>	
825	<p>Parfois un mari est contrarié ou en colère à cause de certaines choses que fait sa femme. À votre avis, est-il légitime qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :</p> <p>Si elle sort sans le lui dire ?</p> <p>Si elle néglige les enfants ?</p> <p>Si elle argumente avec lui ?</p> <p>Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?</p> <p>Si elle brûle la nourriture ?</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SORTIR 1 2 8</p> <p>NÉGL. ENFANTS ... 1 2 8</p> <p>ARGUMENTE 1 2 8</p> <p>REFUSER SEX. 1 2 8</p> <p>BRÛLER NOUR. 1 2 8</p>	

SECTION 9. VIH/SIDA ET AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
901	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée sida?	OUI 1 NON 2	→ 944
902	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	
903	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par des piqûres de moustiques?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
904	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	
905	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	
906	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	
907	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
908	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	↳ 910
909	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 AUTRE _____ W (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	
910	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	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
911	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	
912	VÉRIFIER 911: AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓ AUTRE <input type="checkbox"/> → 914		
913	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière 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	
914	Y a-t-il des médicaments spéciaux que les personnes infectées par le virus du sida peuvent obtenir auprès d'un médecin ou d'une infirmière?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
915	VÉRIFIER 208 ET 215 DERNIÈRE NAISSANCE DEPUIS <input type="checkbox"/> JANVIER 2003 AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> → 924 DERNIÈRE NAISSANCE AVANT JANVIER 2003 <input type="checkbox"/> → 924		
916	VÉRIFIER 407: SOINS PRÉNATAUX POUR LA DERNIÈRE NAISSANCE OUI <input type="checkbox"/> ↓ NON <input type="checkbox"/> → 924		
917	Au cours de l'une de ces 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?	OUI NON NSP SIDA DE LA MÈRE 1 2 8 CHOSSES À FAIRE 1 2 8 TEST DU SIDA 1 2 8	
918	Dans le cadre de ces soins prénataux, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du sida?	OUI 1 NON 2	
919	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du sida dans le cadre de vos soins prénataux?	OUI 1 NON 2	→ 924
920	Je ne veux pas connaître les résultats mais est-ce que vous avez obtenu les résultats du test?	OUI 1 NON 2	
921	Où avez-vous effectué le test? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. 12 CENTRE CTV 13 CLINIQUE PF 14 CLINIQUE MOBILE 15 AGENT DE SANTÉ 16 AUTRE PUBLIC _____ 17 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ 21 CENTRE CTV 22 PHARMACIE 23 CLINIQUE MOBILE 24 AGENT DE SANTÉ 25 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 26 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
922	Avez-vous effectué un autre test du sida depuis que vous avez été testée pendant votre grossesse?	OUI 1 NON 2	→ 925

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
923	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS 1 ENTRE 12 ET 23 MOIS 2 IL Y A 2 ANS OU PLUS 3	→ 931
924	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	→ 929
925	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	
926	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	→ 927 → 927
926A	Pour quelle raison on vous a exigé de faire le test VIH/Sida?	VISA/ DEMANDE DE RESIDENCE 1 ASSURANCE MEDICALE 2 MARIAGE 3 AUTRE _____ 9 (PRÉCISER)	
927	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous obtenu les résultats du test?	OUI 1 NON 2	
928	Où avez-vous effectué le test ? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUV.. 12 CENTRE CTV 13 CLINIQUE PF 14 CLINIQUE MOBILE 15 AGENT DE SANTÉ 16 AUTRE PUBLIC _____ 17 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ MÉDECIN PRIVÉ 21 CENTRE CTV 22 PHARMACIE 23 CLINIQUE MOBILE 24 AGENT DE SANTÉ 25 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 26 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	→ 931
929	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour effectuer le test du virus qui cause le sida?	OUI 1 NON 2	→ 931

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
930	<p>Où est-ce?</p> <p>SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Y a-t-il un autre endroit?</p> <p>ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUV.. B</p> <p>CENTRE CTV C</p> <p>CLINIQUE PF D</p> <p>CLINIQUE MOBILE E</p> <p>AGENT DE SANTÉ F</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ G (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ H</p> <p>CENTRE CTV I</p> <p>PHARMACIE J</p> <p>CLINIQUE MOBILE K</p> <p>AGENT DE SANTÉ L</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MÉDICAL _____ M (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	
931	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
932	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non?	<p>OUI, RESTE SECRET 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8</p>	
933	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, seriez-vous prêt à prendre soin de lui/elle dans votre propre ménage?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8</p>	
934	D'après vous, 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?	<p>AUTORISÉE À ENSEIGNER 1</p> <p>PAS AUTORISÉE À ENSEIGNER 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8</p>	
935	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?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>CONNAÎT PERSONNE AYANT SIDA ... 3</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→ 939
936	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?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
937	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?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
938	<p>VÉRIFIER 935, 936 ET 937 :</p> <p>AUTRE <input type="checkbox"/></p>	<p>AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/></p>	→ 940

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
939	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui est suspecté d'avoir le sida ou qui a le sida?	OUI 1 NON 2	
940	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	
941	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	
942	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	
943	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	
944	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	
945	Pensez-vous que la plupart des jeunes hommes que vous connaissez attendent d'être mariés pour avoir des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
946	Pensez-vous que les hommes qui ne sont pas mariés et qui ont des rapports sexuels ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec une seule personne?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
947	Pensez-vous que la plupart des hommes que vous connaissez, qui ne sont pas mariés et qui ont des rapports sexuels n'ont des rapports sexuels qu'avec une seule personne?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
948	Pensez-vous que les hommes mariés ne devraient avoir des des rapports sexuels qu'avec leur épouse?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
949	Pensez-vous que la plupart des hommes mariés que vous connaissez n'ont des rapports sexuels qu'avec leur épouse?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
950	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	
951	Pensez-vous que la plupart des jeunes femmes que vous connaissez attendent d'être mariées pour avoir des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
952	Pensez-vous que les femmes qui ne sont pas mariées et qui ont des rapports sexuels ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec une seule personne?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
953	Pensez-vous que la plupart des femmes que vous connaissez, qui ne sont pas mariés et qui ont des rapports sexuels n'ont des rapports sexuels qu'avec une seule personne?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
954	Pensez-vous que les femmes mariées ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec leur époux?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
955	Pensez-vous que la plupart des femmes mariées que vous connaissez n'ont des rapports sexuels qu'avec leur époux?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
956	<p>VÉRIFIER 901:</p> <p>ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> PAS ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> DU SIDA DU SIDA</p> <p>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?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
957	<p>VÉRIFIER 615:</p> <p>A EU DES RAPPORTS <input type="checkbox"/> N'A PAS EU DE <input type="checkbox"/> SEXUELS RAPPORTS SEXUELS</p>		→ 1001
958	<p>VÉRIFIER 956:</p> <p>A ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> N'A PAS ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR CONTACT SEXUEL PAR CONTACT SEXUEL</p>		→ 960
959	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>	
960	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>	
961	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>	
963	<p>VÉRIFIER 959, 960 ET 961</p> <p>A EU UNE <input type="checkbox"/> N'A PAS EU <input type="checkbox"/> INFECTION D'INFECTION OU (AU MOINS UN 'OUI') NE SAIT PAS</p>		→ 1001
963A	La dernière fois que vous avez eu (INFECTIONS OU PROBLEME MENTIONNÉ À 959/960/961), avez-vous recherché des conseils?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 964
963B	<p>Où êtes-vous allée?</p> <p>Aucun autre endroit?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ... A</p> <p>CENTRE SANTÉ DU GOUV. B</p> <p>CENTRE CTV C</p> <p>CLINIQUE PF D</p> <p>CLINIQUE MOBILE E</p> <p>AGENT DE SANTÉ F</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ G (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ H</p> <p>CENTRE CTV I</p> <p>PHARMACIE J</p> <p>CLINIQUE MOBILE K</p> <p>AGENT DE SANTÉ L</p> <p>AUTRE MÉDICAL</p> <p>PRIVÉ _____ M (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE N</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
964	La dernière fois que vous avez eu (INFECTIONS OU PROBLÈME MENTIONNÉ À 959/960/961), avez-vous recherché du traitement?	OUI 1 NON 2	→ 1001
965	Où êtes-vous allée? Aucun autre endroit? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ... A CENTRE SANTÉ DU GOUV. B CENTRE CTV C CLINIQUE PF D CLINIQUE MOBILE E AGENT DE SANTÉ F AUTRE PUBLIC G (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ MÉDECIN PRIVÉ H CENTRE CTV I PHARMACIE J CLINIQUE MOBILE K AGENT DE SANTÉ L AUTRE MÉDICAL PRIVÉ M (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE N AUTRE X (PRÉCISER)	

SECTION 10. MORTALITÉ MATERNELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1001	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos frères et soeurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère naturelle. Est-ce que votre mère a donné naissance à des enfants, en plus de vous-même?	OUI 1 NON 2	→ 1008
1002	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont encore en vie?	GARÇONS VIVANTS <input type="text"/> <input type="text"/>	
1003	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"/>	
1004	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont décédés?	GARÇONS DÉCÉDÉS <input type="text"/> <input type="text"/>	
1005	Combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont décédées?	FILLES DÉCÉDÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	
1006	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	→ 1008
1007	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"/>	
1008	FAIRE LA SOMME DES RÉPONSES À Q. 1002, 1003, 1004, 1005 ET 1007, AJOUTER 1 (L'ENQUÊTÉE) ET ENREGISTRER LE TOTAL.	TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/>	
1009	VÉRIFIER 1008 : Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : y compris vous-même, votre mère a donné naissance à _____ enfants en tout. Est-ce bien exact ? OUI <input type="checkbox"/> ↓ NON <input type="checkbox"/> →	INSISTER ET CORRIGER 1002 à 1008 IL SE DOIT.	
1010	VÉRIFIER 1008 : DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/> ↓ UNE NAISSANCE SEULEMENT (ENQUÊTÉE SEULE) <input type="checkbox"/> →		→ 1100A
1011	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance ?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES <input type="text"/> <input type="text"/>	

1012	Quel nom a été donné à votre frère ou soeur le plus âgé (ou suivant) ?	[1] _____	[2] _____	[3] _____	[4] _____	[5] _____	[6] _____
1013	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2					
1014	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLER À 1016← NSP 8 ALLER À [2]←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1016← NSP 8 ALLER À [3]←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1016← NSP 8 ALLER À [4]←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1016← NSP 8 ALLER À [5]←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1016← NSP 8 ALLER À [6]←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1016← NSP 8 ALLER À [7]←
1015	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7]
1016	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>					
1017	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) mort(e) avant de se marier?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95' ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95' ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95' ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95' ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95' ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95' ALLER À [7]
1018	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 1021← NON ... 2					
1019	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 1021← NON ... 2					
1020	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI ... 1 NON ... 2					
1021	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7]
SI PLUS DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À 1100A							

1012	Quel nom a été donné à votre frère ou soeur le plus âgé (ou suivant) ?	[7] _____	[8] _____	[9] _____	[10] _____	[11] _____	[12] _____
1013	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2
1014	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLER À 1016← NSP 8 ALLER À [8]←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1016← NSP 8 ALLER À [9]←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1016← NSP 8 ALLER À [10]←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1016← NSP 8 ALLER À [11]←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1016← NSP 8 ALLER À [12]←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1016← NSP 8 ALLER À [13]←
1015	Quel âge a (NOM) ?	<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]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [13]
1016	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
1017	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) mort(e) avant de se marier?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95' ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95' ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95' ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95' ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95' ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95' ALLER À [13]
1018	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 1021← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021← NON ... 2
1019	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 1021← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021← NON ... 2
1020	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2
1021	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie?	<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]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [13]

SI PLUS DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À 1100A

SECTION 11 - STATUT DE LA FEMME

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1100A	VÉRIFIER PAGE COUVERTURE: CE MÉNAGE A ÉTÉ SÉLECTIONNÉ POUR LE 'STATUT DE LA FEMME'?		
	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→1235
1101A	VÉRIFIER 601, 602 et 604: ÉTAT MATRIMONIAL	'1', '2', '3' OU '4' À Q.601 <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT EN UNION	
	COCHER LA CASE APPROPRIÉE	'1' À Q.604, VEUVE <input type="checkbox"/> '2' À Q.604: DIVORCÉE <input type="checkbox"/> '2' À 602 OU '3' À Q.604: SÉPARÉE/A ÉTÉ EN UNION <input type="checkbox"/> '3' OU NON' À Q.602: JAMAIS EN UNION <input type="checkbox"/>	→1109A
1101B	VÉRIFIER 610: NOMBRE DE FOIS QUE L'ENQUÊTÉE A ÉTÉ EN UNION	A ÉTÉ EN UNION PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/>	
	EN UNION UNE SEULE FOIS <input type="checkbox"/>	1) SI ACTUELLEMENT EN UNION OU SÉPARÉE: UTILISER LE MOT (ACTUEL) DANS LES QUESTIONS	
	DANS LES QUESTIONS, IGNORER LES MOTS ENTRE PARENTHÈSES	2) SI ACTUELLEMENT DIVORCÉE OU VEUVE: UTILISER LE MOT (DERNIER) DANS LES QUESTIONS	
1102	J'aimerais vous poser quelques questions sur votre (actuel/dernier) mariage/union?	MOINS D'UN MOIS1 1 MOIS À MOINS D'1 ANNÉE.....2 1 ANNÉE OU PLUS.....3 CONNAISSAIT DEPUIS ENFANCE.....4	
	Depuis combien de temps connaissiez-vous votre (actuel/dernier) mari/partenaire/"monsieur" quand vous vous êtes mariée/avez commencé à être avec lui?	AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)	
1104	Qui a choisi votre (actuel/dernier) mari/partenaire/"monsieur"?	ENQUÊTÉE A CHOISI 1 ENQUÊTÉE – MARI/PARTENAIRE CHOISIS MUTUELLEMENT 2 ENQUÊTÉE A CHOISI AVEC QUELQU'UN D'AUTRE 3 FAMILLE DE L'ENQUÊTÉE A CHOISI.....4 MARI/PARTENAIRE OU SA FAMILLE A CHOISI L'ENQUÊTÉE..... 5 QUELQU'UN D'AUTRE A CHOISI..... 6	} →1107
1105	Est-ce qu'on a demandé votre consentement lorsque votre (actuel/dernier) mari/partenaire/"monsieur" a été choisi pour vous, c'est-à-dire vous a-t-on demandé si vous vouliez ou non vous marier/vivre avec lui?	OUI 1 NON 2	
1107	VÉRIFIER 1101A : ÉTAT MATRIMONIAL	VEUVE/SÉPARÉE <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT EN UNION <input type="checkbox"/> DIVORCÉE _____	→1109A
1108	Vous arrive-t-il à vous et votre mari/partenaire de parler entre vous, souvent, parfois ou jamais, des choses suivantes:	SOU- PAR- VENT FOIS JAMAIS	
	Ce qui se passe au travail/à la ferme?	AU TRAVAIL..... 1 2 3	
	Ce qui se passe à la maison?	À LA MAISON..... 1 2 3	
	Dépenses à faire?	DÉPENSES..... 1 2 3	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES Ce qui se passe dans la communauté?	COMMUNAUTÉ.....			ALLER À
		1	2	3	
1109A	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne les achats des choses importantes pour le ménage?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE . 6			
1109B	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne les achats pour les besoins quotidiens du ménage?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE . 6			
1109C	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne quelle nourriture sera préparée chaque jour?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE . 6			
1109D	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne si vous devez travailler pour gagner de l'argent?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE . 6			
1109E	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne les visites à la famille, aux amis ou parents?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE . 6			
1109F	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne vos propres soins de santé?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE . 6			
1109G	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne l'utilisation de la contraception?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE . 6			
1110	VÉRIFIER 202, 204: A DES ENFANTS VIVANTS A UNE OU PLUS ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> N'A PAS ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/>				→1113
1111A	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne les décisions sur la scolarisation de votre/vos enfant(s)?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE . 6			
1111B	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne les décisions à prendre si un enfant tombe malade?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE . 6			
1111C	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne la façon de faire obéir les enfants?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4			

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
		ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE . 6	
1111D	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne la décision d'avoir ou non un autre enfant?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE . 6	
1113	Maintenant j'aimerais avoir votre avis sur certains aspects de la vie du ménage. Dites-moi, s'il vous plaît, si vous êtes d'accord ou non avec chacune des déclarations suivantes: Dans le ménage, les importantes décisions, devraient être prises par les hommes du ménage. Si la femme travaille en dehors de la maison, alors le mari devrait l'aider dans les travaux domestiques. Une femme mariée ne devrait pas être autorisée à travailler en dehors de la maison, même si elle le veut. La femme a le droit d'exprimer son opinion si elle n'est pas d'accord avec ce que le mari lui dit. Une femme devrait supporter d'être battue par son mari dans le but de maintenir le ménage ensemble. C'est mieux de donner de l'instruction à un fils qu'à une fille.	D'AC- PAS D'AC- CORD CORD NSP DÉCISIONS PAR HOMME 1 2 8 MARI DOIT AIDER 1 2 8 NE PAS TRAVAILLER 1 2 8 EXPRIMER OPINION 1 2 8 ÊTRE BATTUE 1 2 8 INSTRUCTION GARÇON 1 2 8	
1114	VÉRIFIER 1101A : ÉTAT MATRIMONIAL EN UNION/ <input type="checkbox"/> DIVORCÉE/ <input type="checkbox"/> SÉPARÉE/ <input type="checkbox"/> JAMAIS <input type="checkbox"/> VEUVE/ <input type="checkbox"/> EN UNION <input type="checkbox"/>		→1116
1115	Est-ce que des parent(s) de votre mari/partenaire/"monsieur" vivent habituellement avec vous? SI OUI: Quel(s) parent(s) de votre mari/partenaire/"monsieur" vivent habituellement avec vous? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PÈREA MÈREB FRÈRE(S)C SŒUR(S)D FEMME(FEMMES) DU/DES FRÈRE(S)E MARI DE(S) SŒUR(S)F AUTRE _____ X (PRÉCISER) AUCUNY	
1116	Maintenant parlez-moi de votre propre famille d'origine. Est-ce que votre père est toujours en vie?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1117	Est-ce que votre mère est toujours en vie?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1118	Quel est (était) le plus haut niveau d'études que votre père a atteint?	AUCUN 1 PRIMAIRE 2 SECONDAIRE 3 SUPÉRIEUR 4 NE SAIT PAS 8	↳1119
1118A	Votre père peut/pouvait-il lire un journal ou une lettre?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1119	Quel est (était) le plus haut niveau d'études que votre mère a atteint?	AUCUN 1 PRIMAIRE 2 SECONDAIRE 3 SUPÉRIEUR 4 NE SAIT PAS 8	↳1120

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																								
1119A	Votre mère peut/pouvait-elle lire un journal ou une lettre?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8																									
1120	Y a-t-il des membres de votre propre famille d'origine qui vivent suffisamment près pour que vous puissiez leur rendre visite et revenir à la maison dans la journée?	OUI..... 1 NON..... 2 VIVENT DANS MÊME MAISON..... 3	→1122																								
1121	Tous les combien rencontrez-vous ou parlez-vous à un membre de votre famille d'origine?	PLUSIEURS FOIS PAR SEMAINE.....01 ENVIRON UNE FOIS PAR SEMAINE.....02 PLUSIEURS FOIS PAR MOIS.....03 MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS ET PLUS D'UNE FOIS PAR AN.....05 ENVIRON UNE FOIS PAR AN OU MOINS.....06 JAMAIS.....07																									
1122	Si vous avez besoin d'aide ou si vous avez un problème, y a-t-il quelqu'un de votre famille d'origine sur lequel vous pouvez compter pour: Vous héberger pour quelques nuits si vous en aviez besoin? Vous aider financièrement si vous en aviez besoin?	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align:right">OUI</td> <td style="text-align:right">NON</td> <td style="text-align:right">NSP</td> </tr> <tr> <td>HÉBERGER.....</td> <td style="text-align:right">1</td> <td style="text-align:right">2</td> <td style="text-align:right">8</td> </tr> <tr> <td>AIDE FINANCIÈRE.....</td> <td style="text-align:right">1</td> <td style="text-align:right">2</td> <td style="text-align:right">8</td> </tr> </table>		OUI	NON	NSP	HÉBERGER.....	1	2	8	AIDE FINANCIÈRE.....	1	2	8													
	OUI	NON	NSP																								
HÉBERGER.....	1	2	8																								
AIDE FINANCIÈRE.....	1	2	8																								
1124	Pendant combien d'heures dormez-vous généralement par nuit? ARRONDIR À L'HEURE LA PLUS PROCHE	HEURES DE SOMMEIL..... <input style="width:40px; height:20px;" type="text"/>																									
1125	Au cours des sept derniers jours, est-ce que vous ou quelqu'un d'autre de votre ménage est allé se coucher en ayant faim parce qu'il n'y avait pas assez à manger?	OUI.....1 NON.....2	→1128																								
1126	Au cours des sept derniers jours, combien de jours êtes-vous, vous-même, allée vous coucher en ayant faim?	AUCUN/0 JOURS.....0 1 À 7 JOURS..... <input style="width:40px; height:20px;" type="text"/>	→1128																								
1127	Est-ce que ces mêmes jours, quelqu'un d'autre de votre ménage est allé se coucher en ayant faim? SI OUI: Qui d'autre est allé se coucher en ayant faim?	MARI/PARTENAIRE.....A FILS.....B FILLE(S).....C AUTRES PARENTS DE SEXE FÉMININ.....D AUTRES PARENTS DE SEXE MASCULIN.....E PERSONNE D'AUTRE.....Y																									
1128	Maintenant j'aimerais vous poser quelques questions d'ordre financier. Je pose seulement ces questions pour mieux comprendre la situation financière des femmes. S'il-vous-plaît, dites-moi si, vous seule ou vous avec quelqu'un d'autre, vous possédez une des choses suivantes:	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align:right">OUI SEU- LE</td> <td style="text-align:right">OUI EN- SEMBLE</td> <td style="text-align:right">NE POS- SÈDE PAS</td> </tr> <tr> <td>De la terre?</td> <td style="text-align:right">TERRE..... 1</td> <td style="text-align:right">2</td> <td style="text-align:right">3</td> </tr> <tr> <td>Cette maison/logement ou la maison/logement où vous vivez habituellement?</td> <td style="text-align:right">CE LOGEMENT/LOG. HABIT..... 1</td> <td style="text-align:right">2</td> <td style="text-align:right">3</td> </tr> <tr> <td>Une autre maison, appartement, ou logement?</td> <td style="text-align:right">AUTRES LOGEMENTS..... 1</td> <td style="text-align:right">2</td> <td style="text-align:right">3</td> </tr> <tr> <td>Du bétail, comme des vaches, chevaux, mules?</td> <td style="text-align:right">BÉTAIL..... 1</td> <td style="text-align:right">2</td> <td style="text-align:right">3</td> </tr> <tr> <td>Une voiture?</td> <td style="text-align:right">VOITURE..... 1</td> <td style="text-align:right">2</td> <td style="text-align:right">3</td> </tr> </table>		OUI SEU- LE	OUI EN- SEMBLE	NE POS- SÈDE PAS	De la terre?	TERRE..... 1	2	3	Cette maison/logement ou la maison/logement où vous vivez habituellement?	CE LOGEMENT/LOG. HABIT..... 1	2	3	Une autre maison, appartement, ou logement?	AUTRES LOGEMENTS..... 1	2	3	Du bétail, comme des vaches, chevaux, mules?	BÉTAIL..... 1	2	3	Une voiture?	VOITURE..... 1	2	3	
	OUI SEU- LE	OUI EN- SEMBLE	NE POS- SÈDE PAS																								
De la terre?	TERRE..... 1	2	3																								
Cette maison/logement ou la maison/logement où vous vivez habituellement?	CE LOGEMENT/LOG. HABIT..... 1	2	3																								
Une autre maison, appartement, ou logement?	AUTRES LOGEMENTS..... 1	2	3																								
Du bétail, comme des vaches, chevaux, mules?	BÉTAIL..... 1	2	3																								
Une voiture?	VOITURE..... 1	2	3																								
1129	VÉRIFIER 1128: AU MOINS UN CODE '1' ENCERCLÉ POSSÈDE AU MOINS 1 BIEN <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> À ELLE SEULE ▼	AUCUN CODE '1' ENCERCLÉ NE POSSÈDE RIEN À ELLE <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> SEULE	→1131																								

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLER À
1130	<p>En cas d'urgence, pourriez-vous vendre (un de) ces biens sans la permission de quelqu'un d'autre?</p> <p>(POSER SEULEMENT POUR LES BIENS CODÉS '1' À 1128; POUR LES BIENS CODÉS '2' OU '3' À 1128, ENCERCLER ICI LE CODE '3')</p> <p>De la terre?</p> <p>Cette maison/logement ou la maison/logement où vous vivez habituellement?</p> <p>Une autre maison, appartement, ou logement?</p> <p>Du bétail, comme des vaches, chevaux, mules?</p> <p>Une voiture?</p>			NE POSSÈ- DE PAS À ELLE- SEULE	
		OUI	NON		
		1	2	3	
		1	2	3	
		1	2	3	
		1	2	3	
		1	2	3	
1131	<p>Contrôlez-vous, vous-même, l'argent nécessaire pour acheter les choses suivantes?</p> <p>Les aliments au détail comme le maïs, patates, pois?</p> <p>Les aliments en gros comme des sacs de riz, de maïs de pois?</p> <p>Les vêtements pour vous-même?</p> <p>Les médicaments pour vous-même?</p> <p>Les articles de toilette pour vous-même, comme du savon, dentifrice ou autre?</p>			N'A- CHÊTE PAS	
		OUI	NON		
		1	2	3	
		1	2	3	
		1	2	3	
		1	2	3	
		1	2	3	
1132	<p>Avez-vous de l'argent en propre dont vous pouvez décider seule de son utilisation?</p>	OUI.....		1	
		NON.....		2	
1135	<p>Connaissez-vous, dans cette région, des programmes qui mettent des prêts à la disposition des femmes pour qu'elles démarrent ou agrandissent leur propre affaire?</p>	OUI.....		1	
		NON.....		2	
1136	<p>Avez-vous, vous-même, pris ou bénéficié d'un prêt en espèces pour démarrer ou agrandir une affaire?</p>	OUI.....		1	
		NON.....		2	
1136 A	<p>Avez-vous, vous-même, pris ou bénéficié d'un prêt en nature pour démarrer ou agrandir une affaire?</p>	OUI.....		1	
		NON.....		2	
1137	<p>Avez-vous l'habitude de vous réunir avec d'autres femmes de la communauté pour discuter de problèmes :</p> <p>De la communauté ?</p> <p>D'éducation?</p> <p>De santé?</p> <p>De femmes?</p>		OUI	NON	
		COMMUNAUTÉ.....	1	2	
		ÉDUCATION.....	1	2	
		SANTÉ.....	1	2	
		FEMMES.....	1	2	
1138	<p>Est-ce que vous êtes affiliée à une coopérative?</p>	OUI.....		1	
		NON.....		2	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A																																																																																															
1205	<p>A Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari/partenaire/"monsieur" vous fasse une des choses suivantes:</p> <p>a) Vous bouscule, secoue, ou jette quelque chose contre vous?</p> <p>b) Vous gifle?</p> <p>c) Vous torde le bras ou vous tire les cheveux?</p> <p>d) Vous frappe à coups de poing avec quelque chose qui pouvait vous blesser?</p> <p>e) Vous donne des coups de pied ou traîne à terre?</p> <p>f) Essaye de vous étrangler ou de vous brûler?</p> <p>g) Vous menace avec un couteau, un pistolet ou un autre type d'arme?</p> <p>h) Vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas?</p> <p>i) Vous force à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas?</p>	<p>B</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> VÉRIFIER 604: NE POSER QUE SI L'ENQUETEE N'EST PAS VEUVE </div> <p>Au cours des 12 derniers mois, cela est-il arrivé souvent, parfois ou jamais?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>SOUVENT</th> <th>PAR-FOIS</th> <th>JAMAIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			SOUVENT	PAR-FOIS	JAMAIS	OUI	1 →	1	2	3	NON	2					↓				OUI	1 →	1	2	3	NON	2					↓				OUI	1 →	1	2	3	NON	2					↓				OUI	1 →	1	2	3	NON	2					↓				OUI	1 →	1	2	3	NON	2					↓				OUI	1 →	1	2	3	NON	2					↓				
		SOUVENT	PAR-FOIS	JAMAIS																																																																																														
OUI	1 →	1	2	3																																																																																														
NON	2																																																																																																	
	↓																																																																																																	
OUI	1 →	1	2	3																																																																																														
NON	2																																																																																																	
	↓																																																																																																	
OUI	1 →	1	2	3																																																																																														
NON	2																																																																																																	
	↓																																																																																																	
OUI	1 →	1	2	3																																																																																														
NON	2																																																																																																	
	↓																																																																																																	
OUI	1 →	1	2	3																																																																																														
NON	2																																																																																																	
	↓																																																																																																	
OUI	1 →	1	2	3																																																																																														
NON	2																																																																																																	
	↓																																																																																																	
1206	<p>VÉRIFIER '1205A (a-i):</p> <p>AU MOINS UN OUI' <input type="checkbox"/></p> <p>PAS UN SEUL OUI' <input type="checkbox"/></p>		→ 1209																																																																																															
1207	<p>Combien de temps après (votre mariage/union/avoir commencé à être) avec votre (dernier) mari/partenaire/"monsieur" (cette ou ces actions) s'est ou se sont produites pour la première fois?</p> <p>SI MOINS D'UNE ANNÉE, ENREISTRER '00'.</p>	<p>NOMBRE D'ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AVANT MARIAGE/ AVANT VIVRE ENSEMBLE 95</p>																																																																																																
1208	<p>Est-ce qu'à la suite d'action quelconque de votre (dernier) mari/partenaire/monsieur envers vous, vous est-il déjà arrivé d'avoir un des problèmes suivants?</p> <p>a) D'avoir des entailles, des hématomes ou meurtrissures?</p> <p>b) D'avoir des hématomes aux yeux, des foulures, des luxations ou des brûlures?</p> <p>c) D'avoir des blessures profondes, des os cassés, des dents cassées ou d'autres blessures sérieuses?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>																																																																																																
1209	<p>Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de battre, de gifler, de donner des coups de pied ou de faire quelque chose d'autre pour agresser physiquement votre (dernier) mari/partenaire/"monsieur" alors qu'il ne vous avait ni battue, ni agressée physiquement?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1212																																																																																															

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
1210	VÉRIFIER 604: L'ENQUÊTÉE N'EST PAS VEUVE <input type="checkbox"/> L'ENQUÊTÉE EST VEUVE <input type="checkbox"/>		→ 1212
1211	Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de faire cela à votre mari/partenaire/"monsieur" souvent, parfois ou jamais?	SOUVENT 1 PARFOIS 2 JAMAIS 3	
1212	Est-ce que votre (dernier) mari/partenaire/"monsieur" boit (buvait) de l'alcool?	OUI 1 NON 2	→ 1214
1213	Est-ce qu'il lui arrive (est arrivé) d'être ivre très souvent, seulement quelquefois ou jamais?	SOUVENT 1 PARFOIS 2 JAMAIS 3	
1214	VÉRIFIER 601 ET 602: A ÉTÉ/EST MARIÉE <input type="checkbox"/> EN UNION JAMAIS MARIÉE/ <input type="checkbox"/> EN UNION Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre que votre (actuel/dernier) mari/partenaire/"monsieur" vous a battue, giflée donné des coups de pied ou fait quelque chose afin de vous agresser physiquement? Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un vous a déjà battue, giflée, donné des coups de pied afin de vous agresser physiquement ?	OUI 1 NON 2 REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	→ 1217
1215	Qui vous a agressée physiquement de cette façon? Quelqu'un d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MÈRE/NOUVELLE FEMME DU PÈRE A PÈRE/NOUVEAU MARI DE LA MÈRE B SOEUR/FRÈRE C FILS/FILLE D AUTRE PARENTS E EX-MARI/APRTENAIRE F PETIT AMI ACTUEL G EX- PETIT AMI H BELLE-MÈRE I BEAU-PÈRE J AUTRE PARENTS PAR ALLIANCE .. K PROFESSEUR L EMPLOYEUR M POLICIER/SOLDAT N AUTRE X (PRÉCISER)	
1216	Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé souvent, parfois ou jamais de vous faire battre, gifler, donner des coups de pieds ou de vous faire agresser physiquement par cette/ces personnes?	SOUVENT 1 PARFOIS 2 JAMAIS 3	
1217	VÉRIFIER 201, 226 ET 229: A DÉJÀ ÉTÉ ENCEINTE (OUI À 201 OU 226 OU 229) <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS ÉTÉ ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→ 1220
1218	Est-ce qu'il est déjà arrivé que quelqu'un vous batte, gifle, donne des coups de pied ou fasse quelque chose pour vous agresser physiquement pendant que vous étiez enceinte?	OUI 1 NON 2	→ 1220

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
1219	<p>Qui a agi ainsi pour vous agresser physiquement au cours d'une grossesse?</p> <p>Personne d'autres?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	MARI/APRTENAIRE ACTUEL A MÈRE/NOUVELLE FEMME DU PÈRE B PÈRE/NOUVEAU MARI DE LA MÈRE C SOEUR/FRÈRE D FILS/FILLE E AUTRE PARENTS F EX-MARI/APRTENAIRE G PETIT AMI ACTUEL H EX- PETIT AMI I BELLE-MÈRE J BEAU-PÈRE K AUTRE PARENTS PAR ALLIANCE .. L PROFESSEUR M EMPLOYEUR N POLICIER/SOLDAT O AUTRE X (PRÉCISER)	
1220	<p>VÉRIFIER 610: A DÉJÀ EU DES RAPPORTS SEXUELS?</p> <p>A DÉJÀ EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> <p>N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p>		1225
1221	<p>La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, diriez-vous que vous vouliez avoir ces rapports sexuels, ou que vous y avait été forcée contre votre volonté?</p>	VOULAIT 1 A ÉTÉ FORCÉ 2 REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	
1222	<p>VÉRIFIER 601 ET 602:</p> <p>A ÉTÉ/EST MARIÉE EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>JAMAIS MARIÉE/ EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>Au cours des 12 derniers mois, est-ce quelqu'un autre que votre mari/partenaire/ "monsieur" vous a forcé à avoir des rapports sexuels contre votre volonté?</p> <p>Au cours des 12 derniers mois, est-ce quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels contre votre volonté?</p>	OUI 1 NON 2 REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	
1223	<p>VÉRIFIER 1221 ET 1222:</p> <p>1221 ='1' OU '3' ET '1222 ='2' OU '3' <input type="checkbox"/></p> <p>AUTRE <input type="checkbox"/></p>		1226
1224	<p>VÉRIFIER 1205(h) ET 1205(i):</p> <p>1205(h) N'ÉGALE PAS '1' ET '1205(i) N'ÉGALE PAS '1' <input type="checkbox"/></p> <p>AUTRE <input type="checkbox"/></p>		1228
1225	<p>Est-ce qu'à n'importe quel moment de votre vie, quand vous étiez une enfant ou une adulte, quelqu'un vous a forcé par n'importe quel moyen à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels quels qu'ils soient?</p>	OUI 1 NON 2 REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	1228 1228
1226	<p>Quel âge aviez-vous quand, pour la première fois, vous avez été forcée à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels?</p>	AGE REVOLU <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
1227	Quelle est la personne qui vous a forcée à ce moment-là?	MARI/APRTENAIRE ACTUEL 01 EX-MARI/APRTENAIRE 02 PETIT AMI ACTUEL/EX 03 PÈRE 04 BEAU PÈRE 05 AUTRE PARENTS 06 AUTRE PARENTS PAR ALLIANCE .. 07 AMI/RENCONTRE PERSONNELLE 08 AMI DE LA FAMILLE 09 PROFESSEUR 10 EMPLOYEUR/AU TRAVAIL 11 POLICIER/SOLDAT 12 PRETRE/RELIGIEUX 13 ETRANGER 14 AUTRE 96 (PRÉCISER)	

1228	VÉRIFIER 1205A (a-i), 1213, 1217, 1221 ET 1224: AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' PAS UN <input type="checkbox"/> SEUL 'OUI'		1232
------	---	--	------

1229	En ce qui concerne toutes les choses dont nous venons de parler et que vous avez subies, avez-vous essayé de rechercher de l'aide pour que cette/ces personne(s) arrête de recommencer des vous faire ça?	OUI 1 NON 2	1231
------	---	----------------------------	------

1230	Après de qui avez-vous recherché de l'aide? Après de personne d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROPRE FAMILLE A FAMILLE DU MARI/PARTENAIRE .. B MARI/PARTENAIRE ACTUEL/PRÉCÉDENT C PATIT AMI ACTUEL/EX AMI E VOISIN F RELIGIEUX G MEDECIN/PERSONNEL SANTÉ .. H POLICE I HOMME DE LOI J SERVICE SOCIAL K AUTRE X (PRÉCISER)	1232
------	---	---	------

1231	Avez-vous jamais parlé de ceci à quelqu'un?	OUI 1 NON 2	
------	---	----------------------------	--

1232	Autant que vous le savez, est-ce qu'il est arrivé que votre père batte votre mère?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
------	--	---	--

REMERCIEZ L'ENQUÊTÉE POUR SA COOPÉRATION ET RASSUREZ-LA À PROPOS DE LA CONFIDENTIALITÉ DE SES RÉPONSES. RÉPONDEZ AUX QUESTIONS CI-DESSOUS SEULEMENT PAR RAPPORT AU QUESTIONNAIRE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE

1233	AVEZ-VOUS EU À INTERROMPRE L'INTERVIEW PARCE QUE CERTAINS ADULTES ESSAYAIENT D'ÉCOUTER OU SONT VENUS DANS LA PIÈCE OU ONT ESSAYÉ D'INTERVENIR DE N'IMPORTE QUELLE AUTRE FAÇON?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>OUI, PLUS</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>1 FOIS</td> <td>D'UNE FOIS</td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td>MARI</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRE HOMME ADULTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>FEMME ADULTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>		OUI	OUI, PLUS			1 FOIS	D'UNE FOIS	NON	MARI	1	2	3	AUTRE HOMME ADULTE	1	2	3	FEMME ADULTE	1	2	3
	OUI	OUI, PLUS																				
	1 FOIS	D'UNE FOIS	NON																			
MARI	1	2	3																			
AUTRE HOMME ADULTE	1	2	3																			
FEMME ADULTE	1	2	3																			

1234	COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE / SI L'ENQUÊTE N'A PU ÊTRE MENÉE, EXPLIQUER LES RAISONS	
------	--	--

1235	ENREGISTRER L'HEURE	HEUR <input type="text"/> <input type="text"/> 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 SPÉCIFIQUES

AUTRES COMMENTAIRES

OBSERVATION DE LA CONTRÔLEUSE

NOM DE LA CONTRÔLEUSE: _____ DATE: _____

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE: _____ DATE: _____