

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DE MADAGASCAR
 ENQUETE NATIONALE DEMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE
 MINISTERE DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE ET
 TECHNOLOGIQUE POUR LE DEVELOPEMENT
 CENTRE NATIONAL DE RECHERCHES SUR L'ENVIRONNEMENT
 QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL DE LA FEMME

IDENTIFICATION	
NOM DU FARITANY _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
NOM DU FIVONDRONAMPOKOTANY _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
N° DE LA GRAPPE.....	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
N° DU MENAGE.....	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
URBAIN/RURAL (urbain=1, rural=2).....	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
ANTANANARIVO = 1 CHEF LIEU DE FARITANY ET ANTSIRABE = 2 CHEF LIEU DE FIVONDRONAMPOKOTANY = 3 CHEF LIEU DE FIRAISAMPOKOTANY = 4 CAMPAGNE = 5	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
NOM DU CHEF DE MENAGE _____	
NOM ET NUMERO DE LIGNE DE LA FEMME _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>

VISITES D'ENQUETRIX				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div>
				MOIS <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div>
				ANNEE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div>
NOM DE L'ENQUETRICE	_____	_____	_____	NOM <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div>
RESULTAT*	_____	_____	_____	RESULTAT <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div>
PROCHAINE VISITE:	DATE _____	_____	_____	NOMBRE TOTAL DE VISITES <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div>
*CODES RESULTAT: 1 ENTIEREMENT REMPLI 4 REFUSE 2 PAS A LA MAISON 5 PARTIELLEMENT REMPLI 3 DIFFERE 6 AUTRE _____ <div style="text-align: right;">(PRECISER)</div>				

NOM DATE	CONTROLE TERRAIN _____ _____	CONTROLE BUREAU _____ _____	SAISI PAR _____ _____	SAISI PAR <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
-------------	------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------	---

SECTION 1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ENQUETES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE..... MINUTES.....	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></div> </div>
102	Pour commencer, je voudrais vous poser quelques questions sur vous-mêmes et votre ménage. La plus grande partie des 12 premières années de votre vie, avez-vous vécu à Antananarivo, dans un chef lieu de faritany, dans un chef lieu de fivodronana, dans un chef lieu de firaisana ou à la campagne?	ANTANANARIVO.....1 CHEF LIEU FARITANY.....2 CHEF LIEU FIVONDROMANA.....3 CHEF LIEU FIRAISANA.....4 CAMPAGNE.....5	
103	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RESIDENCE)?	ANNEES..... TOUJOURS.....95 VISITEUR.....96	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></div> </div>
104	Juste avant de vous installer ici, avez-vous vécu à Antananarivo, dans un chef lieu de faritany, dans un chef lieu de fivodronana, dans un chef lieu de firaisana ou à la campagne?	ANTANANARIVO.....1 CHEF LIEU FARITANY.....2 CHEF LIEU FIVONDROMANA.....3 CHEF LIEU FIRAISANA.....4 CAMPAGNE.....5	
105	En quel mois et quelle année êtes-vous né(e)?	MOIS..... MSP MOIS.....98 ANNEE..... MSP ANNEE.....98	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></div> </div>
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOMPATIBLES	AGE EN ANNEES REVOLUES.....	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></div> </div>
107	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI.....1 NON.....2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></div> </div>
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint: primaire, secondaire ou supérieur?	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE I.....2 SECONDAIRE II.....3 SUPERIEUR.....3	
109	Quelle est la dernière classe que vous avez achevée à ce niveau?	CLASSE.....	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></div> </div>
110	VERIFIER 108: PRIMAIRE <input type="checkbox"/> SECONDAIRE OU SUPERIEUR <input type="checkbox"/>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></div> </div>
111	Pouvez-vous lire et comprendre une lettre ou un journal facilement, avec difficulté ou pas du tout?	FACILEMENT.....1 AVEC DIFFICULTE.....2 PAS DU TOUT.....3	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></div> </div>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
112	Avez-vous l'habitude de lire un journal ou un magazine, au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	
113	Avez-vous l'habitude d'écouter la radio, au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	
114	Avez-vous l'habitude de regarder la télévision, au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	
115	Quelle est votre religion?	CATHOLIQUE.....1 PROTESTANT.....2 ISLAM.....3 TRADITIONNEL.....4 AUCUNE.....5 AUTRE.....6	
117	VERIFIER 0.4 DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE L'ENQUETEE N'EST PAS RESIDENTE <input type="checkbox"/> L'ENQUETEE EST RESIDENTE <input type="checkbox"/> → 201		
118	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur l'endroit où vous vivez habituellement. Vivez-vous habituellement à Antananarivo, dans un chef lieu de faritany, dans un chef lieu de fivodronana, dans un chef lieu de firaisana ou à firaisa ou à la campagne?	ANTANANARIVO.....1 CHEF LIEU FARITANY.....2 CHEF LIEU FIVONDRONANA.....3 CHEF LIEU FIRAISANA.....4 CAMPAGNE.....5	
119	Dans quel faritany habitez vous?	ANTANANARIVO.....1 FIANARANTSOA.....2 TAMATAVE (TOAMASINA).....3 MAHAJANGA.....4 TULEAR.....5 ANTSIRANANA.....6 ANTSIRABE.....7	
120	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur le ménage dans lequel vous vivez habituellement. D'où provient l'eau que votre ménage utilise pour se laver les mains et pour laver la vaisselle?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....11 → 122 ROBINET PUBLIC.....12 EAU DE PUIT PUITS DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....21 → 122 PUITS PUBLIC.....22 EAU DE SURFACE SOURCE.....31 RIVIERE/RUISSEAU.....32 MARE/LAC.....33 BARRAGE.....34 EAU DE PLUIE.....41 → 122 CAMION CITERNE.....51 EAU EN BOUTEILLE.....61 → 122 AUTRE.....71 (PRECISER)	
121	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir?	MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SUR PLACE.....996	
122	Pour boire, votre ménage utilise-t-il l'eau de la même origine?	OUI.....1 NON.....2	→ 124

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
123	D'où provient l'eau que boivent les membres de votre ménage?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....11 ROBINET PUBLIC.....12 EAU DE PUIITS PUIITS DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....21 PUIITS PUBLIC.....22 EAU DE SURFACE SOURCE.....31 RIVIERE/RUISSEAU.....32 MARE/LAC.....33 BARRAGE.....34 EAU DE PLUIE.....41 CANTON CITERNE.....51 EAU EN BOUTEILLE.....61 AUTRE.....71 (PRECISER)	
124	Quel genre de toilettes y a-t-il dans votre ménage?	CHASSE D'EAU CHASSE D'EAU PERSONNELLE.....11 CHASSE D'EAU EN COMMUN.....12 FOSSE/LATRINES FOSSE SOMMAIRE.....21 FOSSE AMELIOREE ET VENTILEE (FV) LATRINES.....22 LAVAKA VOAVOATRA.....23 PAS DE TOILETTES/NATURE.....31 AUTRE.....41 (PRECISER)	
125	Dans votre ménage, avez-vous? L'électricité? Une machine à coudre Une radio? Une télévision? Un réfrigérateur?	OUI NON ELECTRICITE.....1 2 MACHINE A COUDRE.....1 2 RADIO.....1 2 TELEVISION.....1 2 REFRIGERATEUR.....1 2	
126	Dans votre ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir?	PIECES.....	<input type="text"/>
127	Pouvez-vous décrire le plancher de votre logement? Est-ce du: Terre ou sable? Bouse? Planches en bois? Palmes ou bambous? Parquet ou bois ciré? Bande de vinyte ou asphalte? Carrelage? Ciment? Moquette?	PLANCHER NATUREL TERRE/SABLE.....11 BOUSE.....12 PLANCHER SOMMAIRE PLANCHES EN BOIS.....21 PALMES/BAMBOUS.....22 PLANCHER FINI PARQUET OU BOIS CIRE.....31 BANDE DE VINYLE OU ASPHALTE.....32 CARRELAGE.....33 CIMENT.....34 MOQUETTE.....35 AUTRE.....41 (PRECISER)	
128	Y-a-t-il quelqu'un de votre ménage qui possède: Une charrette? Une bicyclette? Une mobylette ou motocyclette? Une voiture?	OUI NON CHARRETTE.....1 2 BICYCLETTE.....1 2 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....1 2 VOITURE.....1 2	

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
201	Maintenant je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà eu une naissance?	OUI.....1 NON.....2	206
202	Avez-vous donné naissance à des fils ou des filles qui habitent actuellement avec vous?	OUI.....1 NON.....2	204
203	Combien de vos fils habitent avec vous? Et combien de vos filles habitent avec vous? SI AUCUN(E) NOTER '00'.	FILS A LA MAISON..... FILLES A LA MAISON.....	
204	Avez-vous donné naissance à des fils ou des filles encore en vie et qui n'habitent pas actuellement avec vous?	OUI.....1 NON.....2	206
205	Combien de vos fils sont en vie mais n'habitent pas avec vous? Et combien de vos filles sont en vie mais n'habitent pas avec vous? SI AUCUN(E) NOTER '00'.	FILS AILLEURS..... FILLES AILLEURS.....	
206	Avez-vous donné naissance à un fils ou une fille, né(e) vivant(e) mais décédé(e) par la suite? SI NON, INSISTER: Aucun(e) fils ou fille qui a pleuré ou qui a donné un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours?	OUI.....1 NON.....2	208
207	En tout, combien de vos fils sont décédés? Et combien de vos filles sont décédées? SI AUCUN(E) NOTER '00'.	FILS DECEDES..... FILLES DECEDEES.....	
208	FAIRE LA SOMME DES REPONSES A 203, 205, ET 207, ET INSCRIRE LE TOTAL. SI AUCUN(E) NOTER '00'.	TOTAL.....	
209	VERIFIER 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris: vous avez eu au TOTAL ____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> INSISTER ET CORRIGER 201-209 SI NECESSAIRE		
210	VERIFIER 208: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/>		223

211 Maintenant, je voudrais vous parler de vos naissances, qu'elles soient encore vivantes ou non, en commençant par la première naissance que vous avez eue.

(INSCRIRE A 212 LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES. INSCRIRE LES Jumeaux ET Triples SUR DES LIGNES SEPARÉES)

212	213	214	215	216	217	218	219	220
Quel nom a été donné à votre (premier, suivant) enfant?	ENREGISTRER LE GENRE DE NAISSANCE: SIMPLE OU MULTIPLE	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER: Quelle est sa date de naissance? OU: En quelle saison est-il/elle né(e)?	(NOM) est-il/elle encore en vie?	SI VIVANT: Quel âge avait-il/elle à son dernier anniversaire? INSCRIRE L'ÂGE EN ANNÉES REVOLUES	SI VIVANT: (NOM) vit-il/elle avec vous?	SI L'ENFANT A MOINS DE 15 ANS: Avec qui vit-il/elle? SI 15+: PASSER A LA NAISSANCE SUIVANTE	SI DÉCÉDÉ(E): Quel âge avait-il/elle quand il/elle est mort? SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait-il/elle, en mois? INSCRIRE EN JOURS SI MOINS D'UN MOIS, EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS, OU EN ANNÉES.

01 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... ↓ 220	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNÉES ↓ 220	OUI...1 (PASSER A NAISS.SUIV.) NON...2	PERE...1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
02 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... ↓ 220	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNÉES ↓ 220	OUI...1 (PASSER A NAISS.SUIV.) NON...2	PERE...1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
03 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... ↓ 220	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNÉES ↓ 220	OUI...1 (PASSER A NAISS.SUIV.) NON...2	PERE...1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
04 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... ↓ 220	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNÉES ↓ 220	OUI...1 (PASSER A NAISS.SUIV.) NON...2	PERE...1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
05 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... ↓ 220	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNÉES ↓ 220	OUI...1 (PASSER A NAISS.SUIV.) NON...2	PERE...1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
06 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... ↓ 220	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNÉES ↓ 220	OUI...1 (PASSER A NAISS.SUIV.) NON...2	PERE...1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
07 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... ↓ 220	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNÉES ↓ 220	OUI...1 (PASSER A NAISS.SUIV.) NON...2	PERE...1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
08 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... ↓ 220	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNÉES ↓ 220	OUI...1 (PASSER A NAISS.SUIV.) NON...2	PERE...1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3

212	213	214	215	216	217	218	219	220
Quel nom a été donné à votre enfant suivant?		(NON) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NON)?	(NON) est-il/elle encore en vie?	SI VIVANT: Quel âge avait-il/elle à son dernier anniversaire?	SI VIVANT: (NON) vit-il/elle avec vous?	SI L'ENFANT A MOINS DE 15 ANS: Avec qui vit-il/elle?	SI DECÉDÉ(E): Quel âge avait-il/elle quand il/elle est mort?
	ENREGISTRER LE GENRE DE NAISSANCE: SIMPLE OU MULTIPLE		INSISTER: Quelle est sa date de naissance? OU: En quelle saison est-il/elle né(e)?		INSCRIRE L'ÂGE EN ANNÉES REVOLUES		SI 15+: PASSER A LA NAISSANCE SUIVANTE	SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait-il/elle, en mois?
								INSCRIRE EN JOURS SI MOINS D'UN MOIS, EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS, OU EN ANNÉES.

09	SIMP...1 MULT...2 (NON)	GARC...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... ↓ 220	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNÉES	OUI...1 (PASSER A NAISS.SUIV.) NON...2	PERE...1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
10	SIMP...1 MULT...2 (NON)	GARC...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... ↓ 220	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNÉES	OUI...1 (PASSER A NAISS.SUIV.) NON...2	PERE...1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
11	SIMP...1 MULT...2 (NON)	GARC...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... ↓ 220	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNÉES	OUI...1 (PASSER A NAISS.SUIV.) NON...2	PERE...1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
12	SIMP...1 MULT...2 (NON)	GARC...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... ↓ 220	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNÉES	OUI...1 (PASSER A NAISS.SUIV.) NON...2	PERE...1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
13	SIMP...1 MULT...2 (NON)	GARC...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... ↓ 220	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNÉES	OUI...1 (PASSER A NAISS.SUIV.) NON...2	PERE...1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
14	SIMP...1 MULT...2 (NON)	GARC...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... ↓ 220	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNÉES	OUI...1 (PASSER A NAISS.SUIV.) NON...2	PERE...1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
15	SIMP...1 MULT...2 (NON)	GARC...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... ↓ 220	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNÉES	OUI...1 (PASSER A NAISS.SUIV.) NON...2	PERE...1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3

221	COMPARER 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTREES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET NOTER:	
	LES NOMBRES SONT LES MEMES	LES NOMBRES SONT DIFFERENTS → (VERIFIER ET CORRIGER)
	VERIFIER: POUR CHAQUE NAISSANCE: L'ANNEE DE NAISSANCE EST ENREGISTREE	
	POUR CHAQUE ENFANT VIVANT: L'AGE ACTUEL EST ENREGISTRE	
	POUR CHAQUE ENFANT DECÉDÉ: L'AGE AU DÉCÈS EST ENREGISTRE	
	POUR L'AGE AU DÉCÈS 12 MOIS: VERIFIER POUR DETERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS	
222	VERIFIER 215 ET ENTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES DEPUIS JANVIER 1987 S'IL N'Y EN A PAS, NOTER '0'.	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
223	Êtes-vous enceinte en ce moment?	OUI.....1 NON.....2 PAS SURE.....8	→ 226
224	De combien de mois êtes-vous enceinte?	MOIS.....	
225	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous devenir enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, vouliez-vous ne pas tomber enceinte, ou vous n'étiez pas sûre si vous vouliez tomber enceinte ou pas?	A CE MOMENT-LÀ.....1 PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PAS.....3 PAS SURE.....4	
226	Il y a combien de temps que vos dernières règles ont commencé?	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 ANNEES.....4 EN MENOPAUSE.....994 AVANT LA DERNIERE NAISSANCE.....995 JAMAIS EU DE REGLES.....996	
227	Entre le premier jour des règles d'une femme et le premier jour de ses règles suivantes, y-a-t-il certains moments où elle a plus de chances de tomber enceinte que d'autres?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→ 229
228	A quel moment du cycle menstruel une femme a le plus de chances de tomber enceinte?	PENDANT SES REGLES.....1 JUSTE APRES LA FIN DE SES REGLES.....2 AU MILIEU DU CYCLE.....3 JUSTE AVANT LE DEBUT DE SES REGLES.....4 AUTRE.....5 (PRECISER) NSP.....8	
229	Il arrive parfois qu'une femme perd son enfant avant qu'elle ne termine la période de gestation, soit parce qu'elle a une fausse couche ou parce qu'elle a un avortement provoqué. Avez-vous jamais eu une fausse couche ou un avortement?	OUI.....1 NON.....2 SANS REPONSE.....8	→ 301
230	Combien de fausses couches ou d'avortements vous avez eu?	NOMBRE TOTAL.....	
231	Combien de ceux-là ont été des fausses couches?	NOMBRE DE FAUSSES COUCHES..... AUCUN.....00	→ 233
232	En quel mois et quelle année vous avez eu une fausse couche pour la dernière fois?	MOIS..... ANNEE.....	
233	Combien de ceux-là ont été des avortements provoqués?	NOMBRE DE AVORTEMENTS..... AUCUN.....00	→ 301
234	En quel mois et quelle année vous avez eu un avortement pour la dernière fois?	MOIS..... ANNEE.....	

SECTION 3: CONTRACEPTION

301 Maintenant, je voudrais vous parler de la planification familiale - les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler?

ENCERCLER LE CODE 1 DANS 302 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE D'UNE MANIERE SPONTANEE.
 PUIS CONTINUER LA COLONNE EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE NON MENTIONNEE SPONTANEMENT.
 ENCERCLER LE CODE 2 SI LA METHODE EST RECONNUE, ET LE CODE 3 SI NON RECONNUE.
 PUIS, POUR CHAQUE METHODE ATANT LE CODE 1 OU 2 ENCECLE DANS 302, POSER 303-305 AVANT DE PASSER A LA METHODE SUIVANTE.

	302 Avez-vous déjà entendu parler de (METHODE)? LIRE LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE.	303 Avez-vous déjà utilisé (METHODE)?	304 Savez-vous où l'on peut aller pour se procurer (METHODE)?
01 PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
02 DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place dans l'utérus.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
03 INJECTIONS Les femmes peuvent recevoir une injection par un médecin ou une infirmière pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
04 DIAPHRAGME, MOUSSE, GELEE Les femmes peuvent se mettre à l'intérieur une spongie, un suppositoire, un diaphragme, de la gelée ou de la crème avant d'avoir des rapports sexuels.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
05 CONDOM Les hommes peuvent se mettre un condom (une capote en latex) pendant les rapports sexuels.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
06 STERILISATION FEMININE Les femmes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
07 STERILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
08 CONTINENCE PERIODIQUE Les couples peuvent éviter d'avoir des rapports sexuels certains jours du cycle pendant lesquels la femme est plus susceptible de tomber enceinte.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	Savez-vous où l'on peut obtenir des conseils sur la façon de pratiquer la continence périodique? OUI.....1 NON.....2
09 RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	
10 Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter la grossesse?	OUI/SPONTANE.....1 NON.....3		
1 _____ (PRECISER)		OUI.....1 NON.....2	
2 _____ (PRECISER)		OUI.....1 NON.....2	
3 _____ (PRECISER)		OUI.....1 NON.....2	

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	PASSER A
306	Avez-vous jamais utilisé ou essayé un moyen quelconque pour retarder ou éviter de tomber enceinte?	OUI..... <input type="checkbox"/> NON..... <input type="checkbox"/> → 324
307	Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 303-305 (ET 302 SI NECESSAIRE)	
308	Maintenant je voudrais vous parler du 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, NOTER '00'	NOMBRE D'ENFANTS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
309	VERIFIER 223: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ↓ ENCEINTE <input type="checkbox"/>	→ 324
310	VERIFIER 303: FEMME NON STERILISEE <input type="checkbox"/> ↓ FEMME STERILISEE <input type="checkbox"/>	→ 312A
311	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2 → 324
312	Quelle méthode utilisez-vous?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTIONS.....03 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....04 CONDOM.....05 → 318 STERILISATION FEMININE.....06 STERILISATION MASCULINE.....07 CONTINENCE PERIODIQUE.....08 RETRAIT.....09 → 323 AUTRE.....10 (PRECISER)
312A	ENCERCLER '06' POUR LA STERILISATION FEMININE	
313	Au moment où vous avez commencé à utiliser la pilule pour la première fois, avez-vous consulté un médecin, une infirmière, ou une sage femme diplômée?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
314	Au moment où vous vous êtes procuré des pilules la dernière fois, avez-vous consulté un médecin, une infirmière ou une sage femme diplômée?	OUI.....1 NON.....2
315	Puis-je voir la boîte de pilules que vous utilisez en ce moment? (NOTER LE NOM DE LA MARQUE)	BOITE VUE.....1 NON DE LA MARQUE <input type="text"/> <input type="text"/> → 317 BOITE NON VUE.....2
316	Connaissez-vous le nom de la marque des pilules que vous utilisez en ce moment? (NOTER LE NOM DE LA MARQUE)	NOM DE LA MARQUE <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
317	Combien vous coûte une boîte de pilules?	PRIX..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT.....9996 NSP.....9998

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
318	<p>VERIFIER 312:</p> <p>ELLE/IL EST STERILISE(E) <input type="checkbox"/></p> <p>UTILISE UNE AUTRE METHODE <input type="checkbox"/></p> <p>OU a eu lieu la stérilisation?</p> <p>OU avez-vous obtenu (METHODE) la dernière fois?</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL.....11</p> <p>CENTRE DE SANTE.....12</p> <p>DISPENSARE.....13</p> <p>POSTE MEDICALE.....14</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>DOCTEUR PRIVE.....21</p> <p>CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....22</p> <p>PHARMACIE.....23</p> <p>CENTRE DE PF / FISA.....24</p> <p>AUTRE SECTEUR PRIVE</p> <p>BOUTIQUE.....31</p> <p>EGLISE.....32</p> <p>CONNAISSANCES/PARENTES.....33</p> <p>AUTRE.....41</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>	→321
319	<p>Combien de temps faut-il pour aller de chez vous à cet endroit?</p> <p>SI 90 MINUTES OU MOINS, NOTER LA REPONSE EN MINUTES. AUTREMENT, NOTER EN HEURES.</p>	<p>MINUTES.....1</p> <p>HEURES.....2</p> <p>NSP.....908</p>	
320	<p>Est-ce facile ou difficile de se rendre là-bas?</p>	<p>FACILE.....1</p> <p>DIFFICILE.....2</p>	
321	<p>VERIFIER 312:</p> <p>ELLE/IL EST STERILISE(E) <input type="checkbox"/></p> <p>UTILISE UNE AUTRE METHODE <input type="checkbox"/></p>		→323
322	<p>En quel mois et quelle année la stérilisation a-t-elle eu lieu?</p>	<p>MOIS.....</p> <p>ANNEE.....</p>	→329
323	<p>Depuis combien de mois utilisez-vous (METHODE ACTUELLE) de façon continue?</p> <p>SI MOINS DE 1 MOIS, NOTER '00'.</p>	<p>MOIS.....</p> <p>8 ANS OU PLUS.....96</p>	→329
324	<p>Avez-vous l'intention d'utiliser, dans l'avenir, une méthode pour retarder une grossesse ou pour éviter de tomber enceinte?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>INDECISE/NE SAIT PAS.....8</p>	→326 →330
325	<p>Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas l'intention d'utiliser une méthode?</p>	<p>VEUT DES ENFANTS.....01</p> <p>MANQUE D'INFORMATION.....02</p> <p>PARTENAIRE DESAPPROUVE.....03</p> <p>COUT TROP ELEVE.....04</p> <p>EFFETS SECONDAIRES.....05</p> <p>PROBLEMES DE SANTE.....06</p> <p>DIFFICILE A OBTENIR.....07</p> <p>RELIGION.....08</p> <p>OPPOSEE A LA PLANIF. FAMILIALE.....09</p> <p>FATALISTE.....10</p> <p>AUTRES PERSONNES DESAPPROUVENT.....11</p> <p>RAPPORTS SEX. PEU FREQUENTS.....12</p> <p>DIFFICULTE A TOMBER ENCEINTE.....13</p> <p>MENOPAUSE/STERILISEE.....14</p> <p>PAS CONNUE.....15</p> <p>NON MARIEE.....16</p> <p>AUTRE.....17</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>	→330
326	<p>Avez-vous l'intention d'utiliser une méthode dans les 12 prochains mois?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
327	Quand vous utiliserez une méthode, quelle méthode préférez-vous utiliser?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTIONS.....03 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....04 CONDOM.....05 STERILISATION FEMININE.....06 STERILISATION MASCULINE.....07 CONTINENCE PERIODIQUE.....08 RETRAIT.....09 AUTRE.....10 (PRECISER) PAS SURE.....98	→330
328	Où pouvez-vous vous procurer (METHODE CITEE A 327)?	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE DE SANTE.....12 DISPENSAIRE.....13 POSTE MEDICALE.....14 SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....21 CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....22 PHARMACIE.....23 CENTRE DE PF / FISA.....24 AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE.....31 EGLISE.....32 CONNAISSANCES/PARENTES.....33 AUTRE.....41 (PRECISER) NSP.....98	→332 →334
329	VERIFIER 312: UTILISE LA CONTINENCE PERIODIQUE, LE RETRAIT OU UNE AUTRE METHODE TRADITIONNELLE	UTILISE UNE METHODE MODERNE	→334
330	Connaissez-vous un endroit où on peut se procurer une méthode de planification familiale?	OUI.....1 NON.....2	→333
331	Où est-ce? (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE DE SANTE.....12 DISPENSAIRE.....13 POSTE MEDICALE.....14 SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....21 CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....22 PHARMACIE.....23 CENTRE DE PF / FISA.....24 AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE.....31 EGLISE.....32 CONNAISSANCES/PARENTES.....33 AUTRE.....41 (PRECISER) NSP.....98	→334
332	Combien de temps faut-il pour aller de chez vous à cet endroit? SI 90 MINUTES OU MOINS, NOTER LA REPONSE EN MINUTES. AUTREMENT, NOTER EN HEURES.	MINUTES.....1 HEURES.....2 NSP.....998	
333	Est-ce facile ou difficile de se rendre là-bas?	FACILE.....1 DIFFICILE.....2	
334	Durant le mois dernier, avez-vous entendu parler à propos de la planification familiale à: La radio? La télévision?	OUI NON RADIO.....1 2 TELEVISION.....1 2	
335	Durant le mois dernier, avez-vous lu dans les journaux des articles à propos du planification familiale?	OUI.....1 NON.....2	
336	Trouvez-vous acceptable ou pas acceptable que des informations à propos du planification familiale soient données à la radio ou à la télévision?	ACCEPTABLE.....1 PAS ACCEPTABLE.....2 NSP.....8	

SECTION 4A. GROSSESSE ET ALLAITEMENT

401	VERIFIER 222 : UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANVIER 1987	AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1987		(PASSER A 501)
402	<p>NOTER LE NOM, LE N° DE LIGNE ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1987 DANS LE TABLEAU. POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE TROIS NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).</p> <p>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions à propos de la santé des enfants que vous avez eus durant les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois)</p>			
	N° DE LIGNE DE LA Q. 212			
	SECON Q. 212 ET Q. 216	DERNIERE NAISSANCE NOM	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM
		VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>
403	<p>Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là ou vous attendre plus tard, vouliez-vous ne plus avoir d'enfant ou n'étiez pas sûre si vous vouliez un autre enfant ou pas?</p>	<p>A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405)<</p> <p>PLUS TARD.....2</p> <p>NE VOULAIT PLUS.....3</p> <p>PAS SURE.....4 (PASSER A 405)<</p>	<p>A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405)<</p> <p>PLUS TARD.....2</p> <p>NE VOULAIT PLUS.....3</p> <p>PAS SURE.....4 (PASSER A 405)<</p>	<p>A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405)<</p> <p>PLUS TARD.....2</p> <p>NE VOULAIT PLUS.....3</p> <p>PAS SURE.....4 (PASSER A 405)<</p>
404	Combien de temps auriez-vous voulu attendre?	<p>MOIS.....1</p> <p>ANNEES.....2</p> <p>NSP.....998</p>	<p>MOIS.....1</p> <p>ANNEES.....2</p> <p>NSP.....998</p>	<p>MOIS.....1</p> <p>ANNEES.....2</p> <p>NSP.....998</p>
405	<p>Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous vu quelqu'un pour une consultation concernant cette grossesse?</p> <p>SI OUI, Qui avez-vous vu? Quelqu'un d'autre?</p> <p>ENCERCLER TOUTES LES PERSONNES VUES.</p>	<p>PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A</p> <p>INFIRMIERE.....B</p> <p>SAGE-FEMME.....C</p> <p>AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADITIONNELLE) FORMEE.....D</p> <p>ACCOCHEUSE TRADITIONNELLE.....E</p> <p>AUTRE.....F (PRECISER)</p> <p>PERSONNE.....G (PASSER A 409)<</p>	<p>PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A</p> <p>INFIRMIERE.....B</p> <p>SAGE-FEMME.....C</p> <p>AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADITIONNELLE) FORMEE.....D</p> <p>ACCOCHEUSE TRADITIONNELLE.....E</p> <p>AUTRE.....F (PRECISER)</p> <p>PERSONNE.....G (PASSER A 409)<</p>	<p>PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A</p> <p>INFIRMIERE.....B</p> <p>SAGE-FEMME.....C</p> <p>AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADITIONNELLE) FORMEE.....D</p> <p>ACCOCHEUSE TRADITIONNELLE.....E</p> <p>AUTRE.....F (PRECISER)</p> <p>PERSONNE.....G (PASSER A 409)<</p>
406	Avez-vous eu un carnet prénatal pour cette grossesse?	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>
407	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez vu quelqu'un pour la première fois pour une consultation concernant cette grossesse?	<p>MOIS.....</p> <p>NSP.....98</p>	<p>MOIS.....</p> <p>NSP.....98</p>	<p>MOIS.....</p> <p>NSP.....98</p>
408	Combien de visites prénatales avez-vous fait pendant cette grossesse?	<p>NBRE. DE VISITES.....</p> <p>NSP.....98</p>	<p>NBRE. DE VISITES.....</p> <p>NSP.....98</p>	<p>NBRE. DE VISITES.....</p> <p>NSP.....98</p>
409	Quand vous étiez enceinte de (NOM) vous a-t-on fait une injection pour éviter au bébé d'attraper le tétanos, c'est-à-dire les consultations après la naissance?	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2 (PASSER A 411)<</p> <p>NSP.....8</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2 (PASSER A 411)<</p> <p>NSP.....8</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2 (PASSER A 411)<</p> <p>NSP.....8</p>
410	Combien de fois avez-vous eu cette injection?	<p>NOMBRE.....</p> <p>NSP.....8</p>	<p>NOMBRE.....</p> <p>NSP.....8</p>	<p>NOMBRE.....</p> <p>NSP.....8</p>
411	Où avez-vous accouché de (NOM)?	<p>MAISON PROPRE MAISON.....11</p> <p>AUTRE MAISON.....12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HOPITAL GOUVERN.....21</p> <p>CENTRE SANTE GOUV.....22</p> <p>POSTE DE SANTE GOUV.....23</p> <p>SECTEUR PRIVE HOP. PRI./CLINIQUE.....31</p> <p>AUTRE.....41 (PRECISER)</p>	<p>MAISON PROPRE MAISON.....11</p> <p>AUTRE MAISON.....12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HOPITAL GOUVERN.....21</p> <p>CENTRE SANTE GOUV.....22</p> <p>POSTE DE SANTE GOUV.....23</p> <p>SECTEUR PRIVE HOP. PRI./CLINIQUE.....31</p> <p>AUTRE.....41 (PRECISER)</p>	<p>MAISON PROPRE MAISON.....11</p> <p>AUTRE MAISON.....12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HOPITAL GOUVERN.....21</p> <p>CENTRE SANTE GOUV.....22</p> <p>POSTE DE SANTE GOUV.....23</p> <p>SECTEUR PRIVE HOP. PRI./CLINIQUE.....31</p> <p>AUTRE.....41 (PRECISER)</p>

		DERNIERE NAISSANCE NON	AVANT-DERNIERE NAISS. NON	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NON
412	Qui vous a assisté pour l'accouchement de (NOM)? Quelqu'un d'autre? INSISTER SUR LE GENRE DE PERSONNE ET ENCERCLER TOUTES LES PERSONNES CITEES	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE.....B SAGE-FEMME.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADI- TIONNELLE) FORMEE.....D ACCOUCHEUSE TRADI- TIONNELLE.....E PARENT.....F AUTREG (PRECISER) PERSONNE.....H	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE.....B SAGE-FEMME.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADI- TIONNELLE) FORMEE.....D ACCOUCHEUSE TRADI- TIONNELLE.....E PARENT.....F AUTREG (PRECISER) PERSONNE.....H	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE.....B SAGE-FEMME.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADI- TIONNELLE) FORMEE.....D ACCOUCHEUSE TRADI- TIONNELLE.....E PARENT.....F AUTREG (PRECISER) PERSONNE.....H
413	(NOM) est-il/elle né à terme ou prématurément?	A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8	A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8	A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8
414	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne?	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
415	Quand (NOM) est né(e), était-il/elle: très gros(se), plus gros(se) que la moyenne, moyen(ne), plus petit(e) que la moyenne, ou très petit(e)?	TRES GROS.....1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE.....2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.....4 TRES PETIT.....5 NSP.....8	TRES GROS.....1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE.....2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.....4 TRES PETIT.....5 NSP.....8	TRES GROS.....1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE.....2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.....4 TRES PETIT.....5 NSP.....8
416	(NOM) a-t-il/elle été pesé à la naissance?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 418) <—	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 419) <—	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 419) <—
417	Combien pesait-il/elle?	KILOGRAMMES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	KILOGRAMMES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	KILOGRAMMES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
418	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 420) <— NON.....2 (PASSER A 421) <—		
419	Vos règles sont-elles revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante?		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 423) <—	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 423) <—
420	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de règles?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
421	VOIR 223: FEMME ENCEINTE?	PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ↓ ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> (PASSER A 423)		
422	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 424) <—		
423	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98

		DERNIERE NAISSANCE NON	AVANT-DERNIERE NAISS. NON	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NON																																	
424	Avez-vous allaité (NON)?	OUI.....1 (PASSER A 426)← NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 433)← NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 433)← NON.....2																																	
425	Pourquoi n'avez-vous pas allaité (NON)?	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDÉ.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 PAS DE LAIT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AUTRE.....08 (PRECISER) (PASSER A 435)←	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDÉ.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 PAS DE LAIT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AUTRE.....08 (PRECISER) (PASSER A 435)←	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDÉ.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 PAS DE LAIT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AUTRE.....08 (PRECISER) (PASSER A 435)←																																	
426	Combien de temps après sa naissance avez-vous mis (NON) au sein pour la première fois? SI MOINS DE 1 HEURE, NOTER '00' HEURE SI MOINS DE 24 HEURES, INSCRIRE DES HEURES. AUTREMENT, INSCRIRE DES JOURS.	IMMEDIATEMENT.....000 HEURES.....1 JOURS.....2																																			
427	VOIR 216: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ DECEDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 433)																																			
428	Allaitiez-vous encore (NON)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 433)←																																			
429	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière entre le coucher et lever du soleil? SI REPONSE NON NUMERIQUE, INSISTER POUR EVALUER LE NOMBRE	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE NUIT <input type="text"/>																																			
430	Combien de fois avez-vous allaité hier, pendant les heures de jour? SI REPONSE NON NUMERIQUE, INSISTER POUR EVALUER LE NOMBRE	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/>																																			
431	A n'importe quel moment hier ou la nuit dernière avez-vous donné à (NON) une des choses suivantes:	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Eau?</td> <td>EAU.....1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Eau sucrée?</td> <td>EAU SUCREE.....1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Eau de riz?</td> <td>EAU DE RIZ.....1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Jus?</td> <td>JUS.....1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Infusion?</td> <td>INFUSION.....1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Lait en boîte pour bébé?</td> <td>LAIT EN BOITE.....1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Lait frais?</td> <td>LAIT FRAIS.....1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Lait en boîte ou en poudre</td> <td>LAIT EN POUDRE.....1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Autres liquides</td> <td>AUTRES LIQUIDES.....1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Aliment solide ou en bouillie?</td> <td>ALIMENT SOLIDE/ EN BOUILLIE.....1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	Eau?	EAU.....1	2	Eau sucrée?	EAU SUCREE.....1	2	Eau de riz?	EAU DE RIZ.....1	2	Jus?	JUS.....1	2	Infusion?	INFUSION.....1	2	Lait en boîte pour bébé?	LAIT EN BOITE.....1	2	Lait frais?	LAIT FRAIS.....1	2	Lait en boîte ou en poudre	LAIT EN POUDRE.....1	2	Autres liquides	AUTRES LIQUIDES.....1	2	Aliment solide ou en bouillie?	ALIMENT SOLIDE/ EN BOUILLIE.....1	2		
	OUI	NON																																			
Eau?	EAU.....1	2																																			
Eau sucrée?	EAU SUCREE.....1	2																																			
Eau de riz?	EAU DE RIZ.....1	2																																			
Jus?	JUS.....1	2																																			
Infusion?	INFUSION.....1	2																																			
Lait en boîte pour bébé?	LAIT EN BOITE.....1	2																																			
Lait frais?	LAIT FRAIS.....1	2																																			
Lait en boîte ou en poudre	LAIT EN POUDRE.....1	2																																			
Autres liquides	AUTRES LIQUIDES.....1	2																																			
Aliment solide ou en bouillie?	ALIMENT SOLIDE/ EN BOUILLIE.....1	2																																			
432	VOIR 431 : NOURRITURE OU LIQUIDE DONNE IER	"OUI" POUR UN OU PLUS <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 437) RIEN DU TOUT <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 436)																																			

		DERNIERE NAISSANCE NON	AVANT-DERNIERE NAISS. NON	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NON
433	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NON)?	MOIS..... JUSQU'A SON DECES.....95 (PASSER A 436) <	MOIS..... JUSQU'A SON DECES.....95 (PASSER A 436) <	MOIS..... JUSQU'A SON DECES.....95 (PASSER A 436) <
434	Pourquoi avez-vous arrêté d'allaiter (NON)?	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 PAS DE LAIT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBE ENCEINTE.....09 A COMMENCE D'UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE11 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 PAS DE LAIT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBE ENCEINTE.....09 A COMMENCE D'UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE11 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 PAS DE LAIT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBE ENCEINTE.....09 A COMMENCE D'UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE11 (PRECISER)
435	VOIR 216: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 437)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 437)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 437)
436	Avez-vous déjà donné à (NON) de l'eau, ou quelque chose d'autre à boire ou à manger (autre que le lait maternel)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 440) <	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 440) <	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 440) <
437	Combien de mois avait (NON) quand vous avez commencé à lui donner les choses suivantes de façon régulière?: Lait en boîte ou lait autre que le lait maternel? Eau? Autres liquides? Aliment solide ou en bouillie? SI MOINS DE 1 MOIS, NOTER '00'.	AGE EN MOIS..... JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... JAMAIS DONNE.....96	AGE EN MOIS..... JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... JAMAIS DONNE.....96 (PASSER A 440)	AGE EN MOIS..... JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... JAMAIS DONNE.....96 (PASSER A 440)
438	VOIR 216: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 440)		
439	(NON) a-t-il/elle bu quelque chose au biberon, hier ou la nuit dernière?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8		
440	RETOURNER A 403 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A LA PREMIERE COLONNE DE 441			

SECTION 48. VACCINATION ET SANTE

441 NOTER LE NOM ET LE N° DE LIGNE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1987 DANS LE TABLEAU.
POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE TROIS NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).

N° DE LIGNE DE LA Q. 212								
		DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISS.		AV. AVANT-DERNIERE NAISS.		
		NOM		NOM		NOM		
442	Avez-vous un carnet où les vaccinations de (NOM) sont inscrites? SI OUI: Puis-je le voir, s'il vous plaît?	OUI, VU.....1 (PASSER A 444)<.....	OUI, VU.....1 (PASSER A 444)<.....	OUI, VU.....1 (PASSER A 444)<.....	OUI, VU.....1 (PASSER A 444)<.....	OUI, VU.....1 (PASSER A 444)<.....	OUI, VU.....1 (PASSER A 444)<.....	
		OUI, NON VU.....2 (PASSER A 446)<.....	OUI, NON VU.....2 (PASSER A 446)<.....	OUI, NON VU.....2 (PASSER A 446)<.....	OUI, NON VU.....2 (PASSER A 446)<.....	OUI, NON VU.....2 (PASSER A 446)<.....	OUI, NON VU.....2 (PASSER A 446)<.....	
		PAS DE CARNET.....3	PAS DE CARNET.....3	PAS DE CARNET.....3	PAS DE CARNET.....3	PAS DE CARNET.....3	PAS DE CARNET.....3	
443	Avez-vous jamais eu de carnet de vaccination pour (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 446)<.....	OUI.....1 (PASSER A 446)<.....	OUI.....1 (PASSER A 446)<.....	OUI.....1 (PASSER A 446)<.....	OUI.....1 (PASSER A 446)<.....	OUI.....1 (PASSER A 446)<.....	
		NON.....2	NON.....2	NON.....2	NON.....2	NON.....2	NON.....2	
444	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATIONS POUR CHAQUE VACCIN A PARTIR DU CARNET. (2) INSCRIRE '44' DANS LA COLONNE 'JOUR', SI LA CARTE INDIQUE QU'UNE VACCINATION A ETE FAITE, MAIS LA DATE N'A PAS ETE REPORTEE.	<p>JOUR MOIS ANNEE</p> <p>BCG</p> <p>P0</p> <p>P1</p> <p>P2</p> <p>P3</p> <p>D1</p> <p>D2</p> <p>D3</p> <p>ROU</p>		<p>JOUR MOIS ANNEE</p> <p>BCG</p> <p>P0</p> <p>P1</p> <p>P2</p> <p>P3</p> <p>D1</p> <p>D2</p> <p>D3</p> <p>ROU</p>		<p>JOUR MOIS ANNEE</p> <p>BCG</p> <p>P0</p> <p>P1</p> <p>P2</p> <p>P3</p> <p>D1</p> <p>D2</p> <p>D3</p> <p>ROU</p>		
445	(NOM) a-t-il/elle reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur ce carnet? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUETEE MENTIONNE LE(S) VACCIN(S) DU BCG, DTCQ 1-3, POLIO 1-3 ET/OU ROUGEOLE.	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 444)<.....	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 444)<.....	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 444)<.....	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 444)<.....	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 444)<.....	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 444)<.....	
		NON.....2	NON.....2	NON.....2	NON.....2	NON.....2	NON.....2	
		NSP.....8 (PASSER A 448)<.....	NSP.....8 (PASSER A 448)<.....	NSP.....8 (PASSER A 448)<.....	NSP.....8 (PASSER A 448)<.....	NSP.....8 (PASSER A 448)<.....	NSP.....8 (PASSER A 448)<.....	
446	(NOM) a-t-il/elle jamais reçu de vaccination pour lui éviter d'attraper des maladies?	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1	
		NON.....2 (PASSER A 448)<.....	NON.....2 (PASSER A 448)<.....	NON.....2 (PASSER A 448)<.....	NON.....2 (PASSER A 448)<.....	NON.....2 (PASSER A 448)<.....	NON.....2 (PASSER A 448)<.....	
		NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8	
447	S'il vous plaît, dites-moi si (NOM) a reçu une des vaccinations suivantes:	<p>Une vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans l'avant bras ou l'épaule gauche qui a laissé une cicatrice?</p> <p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>		<p>Une vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans l'avant bras ou l'épaule gauche qui a laissé une cicatrice?</p> <p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>		<p>Une vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans l'avant bras ou l'épaule gauche qui a laissé une cicatrice?</p> <p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>		
		<p>Une vaccination contre la polio, c'est à dire des gouttes dans la bouche?</p> <p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>		<p>Une vaccination contre la polio, c'est à dire des gouttes dans la bouche?</p> <p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>		<p>Une vaccination contre la polio, c'est à dire des gouttes dans la bouche?</p> <p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>		
		<p>SI OUI: Combien de fois?</p> <p>NOMBRE DE FOIS.....</p>		<p>SI OUI: Combien de fois?</p> <p>NOMBRE DE FOIS.....</p>		<p>SI OUI: Combien de fois?</p> <p>NOMBRE DE FOIS.....</p>		
		<p>Une injection contre la rougeole?</p> <p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>		<p>Une injection contre la rougeole?</p> <p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>		<p>Une injection contre la rougeole?</p> <p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>		
448	VOIR 216: ENFANT VIVANT?	<p>VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSER A 450)</p>		<p>VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSER A 450)</p>		<p>VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSER A 450)</p>		
449	RETOURNER A 442 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A 480.							

		DERNIERE NAISSANCE NON	AVANT-DERNIERE NAISS. NON	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NON
450	(NON) a-t-il/elle eu de la fièvre à un moment quelconque dans les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
451	(NON) a-t-il/elle souffert de la toux à un moment quelconque dans les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 455)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 455)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 455)← NSP.....8
452	(NON) a-t-il/elle souffert de la toux dans les dernières 24 heures?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
453	Combien de jours (a duré la toux/depuis combien de jours dure la toux)? SI MOINS DE 1 JOUR, NOTER '00'	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
454	Quand (NON) était malade avec la toux, respirait-il/elle plus rapidement que d'habitude avec un souffle court et rapide?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
455	VOIR 450 ET 451: FIEVRE OU TOUX?	"OUI" DANS 450 OU 451 <input type="checkbox"/> ↓ AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER A 460)	"OUI" DANS 450 OU 451 <input type="checkbox"/> ↓ AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER A 460)	"OUI" DANS 450 OU 451 <input type="checkbox"/> ↓ AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER A 460)
456	Est-ce que quelque chose a été donné pour traiter la fièvre/toux?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 458)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 458)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 458)← NSP.....8
457	Qu'est-ce qui a été donné pour traiter la fièvre/toux? Quelque chose d'autre? NOTER TOUT CE QUI EST CITE	INJECTION.....A ANTIBIOTIQUE (PILULE OU SIROP).....B ANTI-PALUDEEN (PILULE OU SIROP).....C SIROP CONTRE LA TOUX.....D AUTRE PILULE OU SIROP.....E PILULE OU SIROP INCONNU.....F REMEDE-MAISON/PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE.....H (PRECISER)	INJECTION.....A ANTIBIOTIQUE (PILULE OU SIROP).....B ANTI-PALUDEEN (PILULE OU SIROP).....C SIROP CONTRE LA TOUX.....D AUTRE PILULE OU SIROP.....E PILULE OU SIROP INCONNU.....F REMEDE-MAISON/PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE.....H (PRECISER)	INJECTION.....A ANTIBIOTIQUE (PILULE OU SIROP).....B ANTI-PALUDEEN (PILULE OU SIROP).....C SIROP CONTRE LA TOUX.....D AUTRE PILULE OU SIROP.....E PILULE OU SIROP INCONNU.....F REMEDE-MAISON/PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE.....H (PRECISER)
458	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la fièvre/toux?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 460)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 460)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 460)←
459	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement? A quelqu'un d'autre? NOTER TOUT CE QUI EST CITE	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE.....B DISPENSARE.....C POSTE MEDICALE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....E CLINIQUE/HOPITAL.....F PHARMACIE.....G AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE.....H QUERISSEUR TRADITIONNEL.....I AUTRE.....J (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE.....B DISPENSARE.....C POSTE MEDICALE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....E CLINIQUE/HOPITAL.....F PHARMACIE.....G AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE.....H QUERISSEUR TRADITIONNEL.....I AUTRE.....J (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE.....B DISPENSARE.....C POSTE MEDICALE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....E CLINIQUE/HOPITAL.....F PHARMACIE.....G AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE.....H QUERISSEUR TRADITIONNEL.....I AUTRE.....J (PRECISER)

		DERNIERE NAISSANCE NON	AVANT-DERNIERE NAISS. NON	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NON
460	(NON) a-t-il/elle eu la diarrhée durant les deux dernières semaines?	OUI.....1 (PASSER A 462).....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 (PASSER A 462).....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 (PASSER A 462).....1 NON.....2 NSP.....8
461	RETOURNER A 462 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A 480			
462	(NON) a-t-il/elle eu la diarrhée durant les dernières 24 heures?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
463	Combien de jours (a duré la diarrhée/depuis combien de jours dure la diarrhée)? SI MOINS DE 1 JOUR, NOTER '00'	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> SI MOINS DE 1 JOUR, NOTER '00'	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
464	Y avait-il du sang dans les selles?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 468)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 468)
465	VOIR 426/428: DERNIER ENFANT ENCORE ALLAITÉ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (PASSER A 468)		
466	Quand (NON) avait la diarrhée, avez-vous changé le nombre d'allaitements?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 468).....2		
467	Avez-vous augmenté ou réduit le nombre de rations, ou avez-vous arrêté complètement?	AUGMENTE.....1 REDUIT.....2 ARRETE COMPLETEMENT.....3		
468	(En dehors du lait maternel) Lui avez-vous donné à boire la même quantité qu'avant la diarrhée, plus, ou moins?	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8
469	Est-ce que quelque chose a été donné pour traiter la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 471).....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 471).....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 471).....2 NSP.....8
470	Qu'est-ce qui a été donné pour traiter la diarrhée? Quelque chose d'autre? NOTER TOUT CE QUI EST CITE	LIQUIDE DE SRO/ODIVA....A LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON....B PILULE OU SIROP ANTIBIOTIQUE.....C AUTRE PILULE OU SIROP....D INJECTION.....E (I.V.) INTRAVEINEUSE....F REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES....G AUTRE.....H (PRECISER)	LIQUIDE DE SRO/ODIVA....A LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON....B PILULE OU SIROP ANTIBIOTIQUE.....C AUTRE PILULE OU SIROP....D INJECTION.....E (I.V.) INTRAVEINEUSE....F REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES....G AUTRE.....H (PRECISER)	LIQUIDE DE SRO/ODIVA....A LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON....B PILULE OU SIROP ANTIBIOTIQUE.....C AUTRE PILULE OU SIROP....D INJECTION.....E (I.V.) INTRAVEINEUSE....F REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES....G AUTRE.....H (PRECISER)
471	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 473).....2	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 473).....2	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 473).....2

		DERNIERE NAISSANCE NOM	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM
472	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement? A quelqu'un d'autre? NOTER TOUT CE QUI EST CITE	SECTEUR PUBLIC HOPITAL GOUVERN.....A CENTRE SANTE.....B DISPENSARE.....C POSTE MEDICALE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....E CLINIQUE/HOP. PRIVE...F PHARMACIE.....G AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE.....I GUERISSEUR TRADITIONNEL.....H AUTRE (PRECISER) I	SECTEUR PUBLIC HOPITAL GOUVERN.....A CENTRE SANTE.....B DISPENSARE.....C POSTE MEDICALE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....E CLINIQUE/HOP. PRIVE...F PHARMACIE.....G AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE.....I GUERISSEUR TRADITIONNEL.....H AUTRE (PRECISER) I	SECTEUR PUBLIC HOPITAL GOUVERN.....A CENTRE SANTE.....B DISPENSARE.....C POSTE MEDICALE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....E CLINIQUE/HOP. PRIVE...F PHARMACIE.....G AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE.....I GUERISSEUR TRADITIONNEL.....H AUTRE (PRECISER) I
472A	Combien a-t-il coûté à votre famille le traitement, en consultation médicale et en médicaments?	<div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div> GRATUIT.....99996 NSP.....99998	<div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div> GRATUIT.....99996 NSP.....99998	<div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div> GRATUIT.....99996 NSP.....99998
473	VOIR 470: LIQUIDE D'UN SACHET SRO CITE	NON, LIQUIDE SRO PAS CITE <input type="checkbox"/> OUI, LIQUIDE SRO CITE <input type="checkbox"/> (PASSER A 475)	NON, LIQUIDE SRO PAS CITE <input type="checkbox"/> OUI, LIQUIDE SRO CITE <input type="checkbox"/> (PASSER A 475)	NON, LIQUIDE SRO PAS CITE <input type="checkbox"/> OUI, LIQUIDE SRO CITE <input type="checkbox"/> (PASSER A 475)
474	(NON) a-t-il/elle reçu SRO/ODIVA quand il/elle avait la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 476)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 476)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 476)
475	Pendant combien de jours (NON) a-t-il/elle reçu le SRO/ODIVA? SI MOINS DE 1 JOUR, NOTER '00'	JOURS..... <div></div> <div></div> NSP.....98	JOURS..... <div></div> <div></div> NSP.....98	JOURS..... <div></div> <div></div> NSP.....98
476	VOIR 470: LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON CITE	NON, LIQUIDE MAISON PAS CITE <input type="checkbox"/> OUI, LIQUIDE MAISON CITE <input type="checkbox"/> (PASSER A 478)	NON, LIQUIDE MAISON PAS CITE <input type="checkbox"/> OUI, LIQUIDE MAISON CITE <input type="checkbox"/> (PASSER A 478)	NON, LIQUIDE MAISON PAS CITE <input type="checkbox"/> OUI, LIQUIDE MAISON CITE <input type="checkbox"/> (PASSER A 478)
477	(NON) a-t-il/elle reçu un liquide recommandé par le personnel de santé et préparé à la maison avec de l'eau, sucre et sel quand il/elle avait la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 479)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 479)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 479)
478	Pendant combien de jours (NON) a-t-il/elle reçu l'eau sucrée additionnée du sel? SI MOINS DE 1 JOUR, NOTER '00'	JOURS..... <div></div> <div></div> NSP.....98	JOURS..... <div></div> <div></div> NSP.....98	JOURS..... <div></div> <div></div> NSP.....98
479	RETOURNER A 442 POUR L'ENFANT SUIVANT; OU, S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, PASSER A 480.			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
480	VOIR 470 (TOUTES LES COLONNES) ET 474: SOLUTION SRO/ ODIVA CITEE <input type="checkbox"/>	SOLUTION SRO NON CITEE OU 470 ET 474 NON POSEE <input type="checkbox"/>	484
481	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé SRO/ODIVA) que vous pouvez obtenir pour le traitement de la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2	483
482	Avez-vous déjà vu un sachet comme celui-ci auparavant? (MONTRER LE SACHET)	OUI.....1 NON.....2	486
483	Avez-vous déjà préparé une solution avec un de ces sachets pour traiter la diarrhée pour vous-même ou quel- qu'un d'autre? (MONTRER LE SACHET)	OUI.....1 NON.....2	485
484	Combien d'eau avez-vous utilisé pour préparer l'ODIVA la dernière fois que vous l'avez fait?	1 1/2 LITRE.....01 1 LITRE.....02 1 1/2 LITRES.....03 2 LITRES.....04 SELON INSTRUCTIONS DU SACHET...05 AUTRE.....06 (PRECISER) NSP.....98	
485	Où pouvez-vous obtenir le sachet de SRO/ODIVA? INSISTER: Nulle part ailleurs? NOTER TOUTS LES LIEUX CITES	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE DE SANTE.....12 DISPENSARE.....13 POSTE MEDICALE.....14 SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....21 CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....22 PHARMACIE.....23 AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE.....31 GUERISSEUR TRADITIONNEL.....32 CONNAISSANCES/PARENTES.....33 AUTRE.....41 (PRECISER) NSP.....98	
486	VOIR 470 (TOUTES LES COLONNES) ET 477: LIQUIDE RECOMMANDE ET PREPARE A LA MAISON CITE <input type="checkbox"/>	LIQUIDE RECOMMANDE ET PREPARE A LA MAISON NON CITE OU <input type="checkbox"/> 470 ET 474 NON POSEE	501
487	Où avez-vous appris à préparer le liquide recommandé et fait à la maison avec l'eau sucrée additionnée du sel que vous avez donnée à (NON) quand il/elle avait la diarrhée?	SECTEUR PUBLIC HOPITAL GOUVERNEMENTAL.....11 CENTRE SANTE GOUVERNEMENTAL...12 POSTE SANTE GOUVERNEMENTAL...13 DISPENSATEUR COMMUNAUTAIRE...14 SECTEUR MEDICAL PRIVE DOCTEUR PRIVE.....21 CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....22 PHARMACIE.....23 AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE.....31 GUERISSEUR TRADITIONNEL.....32 AUTRE.....41 (PRECISER)	

SECTION 5. MARIAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
501	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu en union avec un homme?	OUI.....1 NON.....2	512
502	Etes-vous actuellement mariée ou vivez-vous en union avec un homme, ou êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	MARIEE.....1 VIT EN UNION.....2 VEUVE.....3 DIVORCEE.....4 SEPARÉE.....5	507
503	Est-ce que votre mari/conjoint vit avec vous ou habite ailleurs?	VIT AVEC ELLE.....1 HABITE AILLEURS.....2	
504	Votre mari/conjoint a-t-il d'autres épouses en plus de vous-même?	OUI.....1 NON.....2	507
505	Combien d'autres épouses a-t-il?	NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	507
506	Etes-vous la première, la deuxième, la troisième épouse?	RANG..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
507	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu en union avec un homme une fois ou plus d'une fois?	UNE FOIS.....1 PLUS D'UNE FOIS.....2	
508	En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (premier) mari/conjoint?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP MOIS.....98 ANNEE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ANNEE.....98	
509	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui?	AGE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP AGE.....98	
510	VOIR 508 ET 509: ANNEE ET MOIS DONNES	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	513
511	<p>VERIFIER LA COHERENCE ENTRE L'ANNEE DE MARIAGE ET L'AGE AU MARIAGE:</p> <p>ANNEE DE NAISSANCE → <input type="text"/><input type="text"/> PLUS AGE AU MARIAGE → <input type="text"/><input type="text"/> + = ANNEE DE MARIAGE ± 1 ?</p> <p>POUR CALCULER L'ANNEE DE NAISSANCE (SI NECESSAIRE):</p> <p>ANNEE ACTUELLE → 9 2 MOINS AGE ACTUELLE → <input type="text"/><input type="text"/> - = ANNEE DE NAISSANCE</p> <p>SI INCOMPATIBLE, VERIFIER ET CORRIGER 508 ET 509, COMME IL SE DOIT (PASSER A 513)</p>		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
512	SI JAMAIS EN UNION: Avez-vous déjà eu des rapports sexuels?	OUI.....1 NON.....2	517
513	Maintenant nous avons besoin de quelques renseignements sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre la planification familiale et la fécondité. Combien de fois avez-vous eu des relations sexuelles durant les quatre dernières semaines?	NOMBRE DE FOIS.....	
514	Combien de fois par mois avez-vous habituellement des relations sexuelles?	NOMBRE DE FOIS.....	
515	Combien de temps y a-t-il depuis que vous avez eu des relations sexuelles pour la dernière fois?	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 ANNEES.....4 AVANT DERNIERE NAISSANCE.....996	
516	Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez eu des relations sexuelles?	AGE..... PREMIERE FOIS AU MARIAGE.....96	
517	AUTRES PERSONNES PRESENTES A CE MOMENT	<div style="text-align: right;">OUI NON</div> ENFANTS MOINS DE 10 ANS....1 2 MARI.....1 2 AUTRES HOMMES.....1 2 AUTRES FEMMES.....1 2	

SECTION 6. PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
601	VOIR 312: ELLE/LUI NON STERILISE(E) <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STERILISE(E) <input type="checkbox"/>		607
602	VOIR 501 ET 502: ACTUELLEMENT MARIEE OU VIVANT EN UNION <input type="checkbox"/> NON MARIEE/ NE VIVANT PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		614
603	VOIR 223: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <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? ↓ Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autres enfants?	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT.....1 PAS D'AUTRE/AUCUN.....2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE.....3 PAS DECIDEE OU MSP.....6	610
604	VOIR 223: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> ↓ Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'(un/autre) enfant? ↓ Combien de temps voudriez-vous attendre après la naissance de l'enfant que vous attendez et avant la naissance d'un autre enfant?	MOIS.....1 <input type="text"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> BIENTOT/MAINTENANT.....994 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE.....995 AUTRE.....996 (PRECISER) MSP.....998	610
605	VOIR 216 ET 223: A UN/DES ENFANT(S) VIVANT(S) OU ENCEINTE? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		610
606	VOIR 223: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> ↓ Quel âge voudriez-vous que votre plus jeune enfant ait atteint quand votre prochain enfant naîtra? ↓ Quel âge voudriez-vous que l'enfant que vous attendez ait atteint quand votre prochain enfant naîtra?	AGE DU PLUS JEUNE ANNEES..... <input type="text"/> MSP.....98	610
607	Dans votre situation actuelle, si vous aviez à le refaire, pensez-vous que (vous/votre mari/conjoint) prendriez la même décision d'être stérilisé(e)?	OUI.....1 NON.....2	
608	Regrettez-vous que (vous/votre mari) (ayez/ait) eu l'opération pour ne (pas/plus) avoir d'enfant?	OUI.....1 NON.....2	617
609	Pourquoi le regrettez-vous?	ENQUETEE VEUT UN AUTRE ENFANT...1 CONJOINT VEUT UN AUTRE ENFANT...2 EFFETS SECONDAIRES.....3 AUTRE RAISON.....4 (PRECISER)	617

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
610	Pensez-vous que votre mari/conjoint approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter de tomber enceinte?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 NSP.....8	
611	Combien de fois avez-vous parlé de planning familial avec votre mari/conjoint au cours de l'année dernière?	JAMAIS.....1 UNE OU DEUX FOIS.....2 PLUS SOUVENT.....3	
612	Avez-vous déjà discuté avec votre mari du nombre d'enfants que vous voudriez avoir?	OUI.....1 NON.....2	
613	Pensez-vous que votre mari/conjoint souhaite le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage ou moins que vous?	MEME NOMBRE1 PLUS D'ENFANTS.....2 MOINS D'ENFANTS.....3 NSP.....8	
614	Après la naissance d'un enfant, combien de temps un couple devrait-il attendre avant de reprendre les relations sexuelles?	MOIS.....1 ANNEES.....2 AUTRE996 (PRECISER)	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div>
615	Une mère devrait-elle attendre qu'elle ait complètement arrêté d'allaiter avant de reprendre les relations sexuelles ou cela n'a-t-il pas d'importance?	ATTENDRE.....1 PAS D'IMPORTANCE.....2	
616	En général, est-ce que vous approuvez ou désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter la grossesse?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2	
617	<p>VOIR 216:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>A UN/DES ENFANT(S) VIVANT(S) <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si vous pouviez recommencer à partir de l'époque où vous n'aviez pas d'enfants, et si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>N'A PAS D'ENFANT(S) VIVANT(S) <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> </div> </div> <p>ENREGISTRER UN SIMPLE NOMBRE OU AUTRE REPONSE.</p>	<p>NOMBRE.....</p> <p>AUTRE REPONSE96 (PRECISER)</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div>
618	D'après vous quel est le meilleur intervalle en mois ou en années entre la naissance d'un enfant et la naissance de l'enfant suivant?	MOIS.....1 ANNEES.....2 AUTRE996 (PRECISER)	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div>

SECTION 7. CARACTERISTIQUES DU CONJOINT ET ACTIVITE PROFESSIONNELLE DE LA FEMME

FILTRES		CODES	PASSER A
701	<p>VOIR 501:</p> <p>A ETE EN MARIEE OU EN UNION <input type="checkbox"/> JAMAIS MARIEE/JAMAIS EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>POSER LES QUESTIONS SUR LE MARI/CONJOINT ACTUEL OU LE PLUS RECENT</p>		706
702	<p>Est-ce que votre (dernier) mari/conjoint a fréquenté l'école?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	705
703	<p>Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint: primaire, secondaire ou supérieur?</p>	<p>PRIMAIRE.....1</p> <p>SECONDAIRE.....2</p> <p>SUPERIEUR.....3</p> <p>NSP.....8</p>	705
704	<p>Quelle est la dernière classe qu'il a achevée à ce niveau?</p>	<p>CLASSE.....</p> <p>NSP.....98</p>	
705	<p>Quel est (était) le genre de travail principal de votre (dernier) mari/conjoint?</p>	<p></p> <p></p> <p></p>	
706	<p>VOIR 705:</p> <p>TRAVAILLE (TRAVAILLAIT) DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE (TRAVAILLAIT) PAS DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/></p>		708
707	<p>Est-ce que votre mari/conjoint (travaille/travaillait) principalement sur sa propre terre ou celle de sa famille, ou est-ce qu'il (loue/louait) la terre, ou est-ce qu'il (travaille/travaillait) sur la terre de quelqu'un d'autre?</p>	<p>CHAMP PERSONNEL/FAMILIAL.....1</p> <p>CHAMP LOUE.....2</p> <p>CHAMP DE QUELQU'UN D'AUTRE.....3</p>	
708	<p>En dehors de votre propre travail domestique, travaillez-vous actuellement?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	710
709	<p>Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. D'autres vendent des choses, ont une petite affaire ou travaillent dans les champs de la famille ou dans l'affaire de la famille.</p> <p>Faites-vous actuellement quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	801
710	<p>Quelle est votre occupation, c'est à dire, quel genre de travail faites-vous?</p>	<p></p> <p></p> <p></p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
711	Dans votre travail actuel, travaillez-vous 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 A SON COMPTE.....3	
712	Touchez-vous un salaire pour ce travail? INSISTER: Gagnez-vous de l'argent pour ce travail?	OUI.....1 NON.....2	
713	Faites-vous ce travail à la maison ou en dehors de chez vous?	MAISON.....1 AILLEURS.....2	
713A	Est-ce que le travail que vous faites est temporaire, saisonnier ou permanent?	TEMPORAIRE.....1 SAISONNIER.....2 PERMANENT.....3	
714	VOIR 215/216/218: A UN ENFANT NE DEPUIS JANVIER 1987 ET VIVANT A LA MAISON?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	801
715	Pendant que vous travaillez, avez-vous habituellement (NON DU PLUS JEUNE ENFANT A LA MAISON) avec vous, l'avez-vous quelque fois avec vous ou jamais avec vous?	HABITUELLEMENT.....1 QUELQUE FOIS.....2 JAMAIS.....3	801
716	Qui s'occupe habituellement de (NON DU PLUS JEUNE ENFANT A LA MAISON) pendant que vous travaillez?	MARI/CONJOINT.....01 ENFANT(S) PLUS AGE(S).....02 AUTRES PARENTS.....03 VOISINS.....04 AMIS.....05 DOMESTIQUE/AIDE.....06 ENFANT A L'ECOLE.....07 MATERNELLE.....08 AUTRE _____09 (PRECISER)	

SECTION 8. MORTALITE MATERNELLE

801 Y-a-t-il une ou plusieurs de vos sœurs (de votre propre mère) ayant plus de 14 ans qui vit dans ce ménage?

OUI ☐ NON ☐ → (PASSER A 802)

VERIFIER AVEC L'ENQUETEE QUELLES FEMMES ELIGIBLES DU QUESTIONNAIRE MENAGE SONT SES SOEURS ET INSCRIRE LEUR NUMERO DE LIGNE CI-DESSOUS.

802 INDIQUEZ: UNE SOEUR DE L'ENQUETEE, ETANT ELIGIBLE, A ETE DEJA INTERROGEE A PROPOS DE LA MORTALITE MATERNELLE

NON ☐ OUI ☐ → INSCRIVEZ LE NUMERO DE LIGNE DE LA SOEUR QUI A DEJA ETE INTERROGEE ET PASSEZ A LA SECTION 9.

803 Maintenant je voudrais vous poser quelques questions à propos de vos frères et sœurs, c'est-à-dire les enfants de votre propre mère. S'il vous plaît, donnez-moi le nom de tous vos frères et sœurs qui vivent avec vous, qui vivent ailleurs ou qui sont décédés.

ENREGISTREZ LE NOM DE TOUTS LES FRERES ET SOEURS. SI AUCUN FRERE OU SOEUR ☐ → PASSER A 819

	1	2	3	4	5	6	7
804 Quel nom a été donné à votre frère ou sœur né le premier (né après NON)?							
805 (NON) est-il de sexe masculin ou féminin?	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2
806 Est-ce que (NON) est encore en vie?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 809 NSP.....8 PASSER A 2	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 809 NSP.....8 PASSER A 3	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 809 NSP.....8 PASSER A 4	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 809 NSP.....8 PASSER A 5	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 809 NSP.....8 PASSER A 6	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 809 NSP.....8 PASSER A 7	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 809 NSP.....8 PASSER A 8
807 Quel âge a (NON)?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI <10 ANS PASSER A 2	<input type="text"/> <input type="text"/> SI <10 ANS PASSER A 3	<input type="text"/> <input type="text"/> SI <10 ANS PASSER A 4	<input type="text"/> <input type="text"/> SI <10 ANS PASSER A 5	<input type="text"/> <input type="text"/> SI <10 ANS PASSER A 6	<input type="text"/> <input type="text"/> SI <10 ANS PASSER A 7	<input type="text"/> <input type="text"/> SI <10 ANS PASSER A 8
808 Est-ce que (NON) est ou a été marié(e)?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 2	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 3	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 4	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 5	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 6	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 7	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 8
809 Combien d'années y-a-t-il que (NON) 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"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
810 Quel âge avait (NON) quand il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 10 ANS PASSER A 2	<input type="text"/> <input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 10 ANS PASSER A 3	<input type="text"/> <input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 10 ANS PASSER A 4	<input type="text"/> <input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 10 ANS PASSER A 5	<input type="text"/> <input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 10 ANS PASSER A 6	<input type="text"/> <input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 10 ANS PASSER A 7	<input type="text"/> <input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 10 ANS PASSER A 8
811 Est-ce que (NON) a été marié?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 2	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 3	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 4	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 5	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 6	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 7	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 8
812 Est-ce que (NON) est décédé pendant un accouchement?	OUI.....1 PASSER A 815 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 815 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 815 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 815 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 815 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 815 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 815 NON.....2
813 Est-ce que (NON) est décédé dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou un accouchement?	OUI.....1 PASSER A 815 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A 815 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A 815 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A 815 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A 815 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A 815 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A 815 NON.....2 NSP.....8
814 Est-ce que (NON) était enceinte quand elle est décédée?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
815 A combien d'enfants (NON) a-t-elle donné naissance?	<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"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

	8	9	10	11	12	13	14
804 Quel nom a été donné à votre frère ou sœur né après (NOM)?							
805 (NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	HOMME....1 FEMME.....2	HOMME....1 FEMME.....2	HOMME....1 FEMME.....2	HOMME....1 FEMME.....2	HOMME....1 FEMME.....2	HOMME....1 FEMME.....2	HOMME....1 FEMME.....2
806 Est-ce que (NOM) est encore en vie?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 809 NSP.....8 PASSER A 9	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 809 NSP.....8 PASSER A 10	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 809 NSP.....8 PASSER A 11	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 809 NSP.....8 PASSER A 12	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 809 NSP.....8 PASSER A 13	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 809 NSP.....8 PASSER A 14	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 809 NSP.....8 PASSER A 816
807 Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> SI <10 ANS PASSER A 9	<input type="text"/> SI <10 ANS PASSER A 10	<input type="text"/> SI <10 ANS PASSER A 11	<input type="text"/> SI <10 ANS PASSER A 12	<input type="text"/> SI <10 ANS PASSER A 13	<input type="text"/> SI <10 ANS PASSER A 14	<input type="text"/> SI <10 ANS PASSER A 816
808 Est-ce que (NOM) est ou a été marié(e)?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 9	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 10	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 11	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 12	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 13	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 14	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 816
809 Combien d'années y-a-t-il 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"/>
810 Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 10 ANS PASSER A 9	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 10 ANS PASSER A 10	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 10 ANS PASSER A 11	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 10 ANS PASSER A 12	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 10 ANS PASSER A 13	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 10 ANS PASSER A 14	<input type="text"/> SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 10 ANS PASSER A 816
811 Est-ce que (NOM) a été marié(e)?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 9	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 10	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 11	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 12	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 13	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 14	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 816
812 Est-ce que (NOM) est décédée pendant un accouchement?	OUI.....1 PASSER A 815 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 815 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 815 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 815 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 815 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 815 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 815 NON.....2
813 Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou un accouchement?	OUI.....1 PASSER A 815 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A 815 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A 815 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A 815 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A 815 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A 815 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A 815 NON.....2 NSP.....8
814 Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est décédée?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
815 A combien d'enfants (NOM) a-t-elle donné naissance?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

816	Je voudrais être sûre d'avoir bien compris. En tout votre propre mère a donné naissance à ____ enfants y compris vous?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	→ VERIFIER ET CORRIGER				
↓								
817	Parmi vos frères, ____ sont décédés?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	→ VERIFIER ET CORRIGER				
↓								
818	Parmi vos sœurs, ____ sont décédées?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	→ VERIFIER ET CORRIGER				
↓								
819 ENREGISTRER L'HEURE				HEURES..... MINUTES.....				
				<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				

SECTION 9. TAILLE ET POIDS

901	VERIFIER 215, 216: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANVIER 1986	<input type="checkbox"/> ↓	AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1986	<input type="checkbox"/> → FIN
-----	--	-------------------------------	---	--------------------------------

ENQUETRIX: EN 902(COLONNES 2-4) ENREGISTRER LE N° DE LIGNE DE CHAQUE ENFANT NE DEPUIS JANVIER 1986 ET ENCORE EN VIE.
 EN 903 ET 904 ENREGISTRER LE NOM ET LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENQUETEE ET DE CHAQUE ENFANT EN VIE, NE DEPUIS JANVIER 1986. EN 906 ET 908 NOTER LA TAILLE ET LE POIDS DE L'ENQUETEE ET DES ENFANTS VIVANTS.
 (NOTE: TOUTES LES ENQUETEEES AVEC UNE NAISSANCE OU PLUS DEPUIS JANVIER 1986 DOIVENT ETRE PESEES ET MEASUREES MEME SI TOUS LES ENFANTS SONT DECEDES).

	2 DERNIER ENFANT EN VIE	3 AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE	4 AVANT-AVANT- DERNIER ENFANT EN VIE	
902 N° DE LIGNE DE LA Q.212	[][]	[][]	[][]	
903 NOM, DE LA Q.212 POUR LES ENFANTS	(NOM) _____	(NOM) _____	(NOM) _____	
904 DATE DE NAISSANCE DE Q.103 POUR L'ENQUETEE DE Q.215 POUR LES ENFANTS ET DEMANDEZ LE JOUR DE NAISSANCE	JOUR..... [][] MOIS..... [][] ANNEE..... [][]	JOUR..... [][] MOIS..... [][] ANNEE..... [][]	JOUR..... [][] MOIS..... [][] ANNEE..... [][]	
905 CICATRICE DU BCG DANS L'AVANT BRAS OU L'EPAULE GAUCHE	CICATRICE VUE.....1 PAS DE CICATRICE..2	CICATRICE VUE.....1 PAS DE CICATRICE..2	CICATRICE VUE.....1 PAS DE CICATRICE..2	
906 TAILLE (en centimètres)	[][][] . []	[][][] . []	[][][] . []	
907 LES ENFANTS ONT-ILS ETE MEASUREES COUCHEES OU DEBOUT?	COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2	
908 POIDS (en kilogrammes)	0 [][][] . []	0 [][][] . []	0 [][][] . []	
909 DATE DE PESEE ET DE MESURE	JOUR..... [][] MOIS..... [][] ANNEE..... [][]	JOUR..... [][] MOIS..... [][] ANNEE..... [][]	JOUR..... [][] MOIS..... [][] ANNEE..... [][]	
910 RESULTAT	ENFANT MESURE..1 ENFANT MALADE..2 ENFANT ABSENT..3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE....5 AUTRE.....6 _____ (PRECISER)	MESURE.....1 ENFANT MALADE..2 ENFANT ABSENT..3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE....5 AUTRE.....6 _____ (PRECISER)	MESURE.....1 ENFANT MALADE..2 ENFANT ABSENT..3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE....5 AUTRE.....6 _____ (PRECISER)	
911 NOM DE L'OPERATEUR:	[][]	NOM DE L'ASSISTANT:		[][]

**FANAMARIHANA ATAON'NY MPANAO FANADIHADIANA
(Fenoina rehefa tapitra ny fanadihadiana)**

Heviteny ny mpanao fanadihadiana : _____

Heviteny momba ireo fanontaniana manokana : _____

Heviteny hafa : _____

FANAMARIHANA AVY AMIN'NY MPITARIKA

Anaran'ny mpitarika : _____ **Daty:** _____

FANAMARIHANA AVY AMIN'NY MPANARAMASO

TABILAO MAMPISEHO NY FAMADINANA NY TAONA-VANIMANDRO

FAMPITANANA EO AMIN'NY TAONA SY VANIMANDRO
(Raha nomera ny vanimandro nahaterahana sy ny taona amin'izao fotoana izao)

FOMBA FIKAJIANA NY TAONA AVY AMIN'NY VANIMANDRO NAHATERAHANA. (Raha fantatra ny vanimandro, fa tsy fantatra kosa ny taona).

Tsingerintaona			VANIMANDRO MAMA-TANTARA ↓ ↓	Tsingerintaona		
TAONA AMIN'IZAO FOTOANA IZAO	Tsy mbola tamin'ny 1992	Efa lasa tamin'ny 1992		Taona Nahaterahana	Tsy mbola lasa tamin'ny 1992 teo	Efa tamin'ny 1992 lasa teo -----NA----- Tsy mahalela
	Tsy mahalela				Tsy mahalela	
0 ---->	1991	1992		1992 ---->	-	0
1 ---->	1990	1991		1991 ---->	0	1
2 ---->	1989	1990		1990 ---->	1	2
3 ---->	1988	1989		1989 ---->	2	3
4 ---->	1987	1988		1988 ---->	3	4
5 ---->	1986	1987		1987 ---->	4	5
6 ---->	1985	1986		1986 ---->	5	6
7 ---->	1984	1985		1985 ---->	6	7
8 ---->	1983	1984		1984 ---->	7	8
9 ---->	1982	1983		1983 ---->	8	9
10 ---->	1981	1982		1982 ---->	9	10
11 ---->	1980	1981		1981 ---->	10	11
12 ---->	1979	1980		1980 ---->	11	12
13 ---->	1978	1979		1979 ---->	12	13
14 ---->	1977	1978		1978 ---->	13	14
15 ---->	1976	1977		1977 ---->	14	15
16 ---->	1975	1976		1976 ---->	15	16
17 ---->	1974	1975		1975 ---->	16	17
18 ---->	1973	1974		1974 ---->	17	18
19 ---->	1972	1973		1973 ---->	18	19
20 ---->	1971	1972		1972 ---->	19	20
21 ---->	1970	1971		1971 ---->	20	21
22 ---->	1969	1970		1970 ---->	21	22
23 ---->	1968	1969		1969 ---->	22	23
24 ---->	1967	1968		1968 ---->	23	24
25 ---->	1966	1967		1967 ---->	24	25
26 ---->	1965	1966		1966 ---->	25	26
27 ---->	1964	1965		1965 ---->	26	27
28 ---->	1963	1964		1964 ---->	27	28
29 ---->	1962	1963		1963 ---->	28	29
30 ---->	1961	1962		1962 ---->	29	30
31 ---->	1960	1961		1961 ---->	30	31
32 ---->	1959	1960		1960 ---->	31	32
33 ---->	1958	1959		1959 ---->	32	33
34 ---->	1957	1958		1958 ---->	33	34
35 ---->	1956	1957		1957 ---->	34	35
36 ---->	1955	1956		1956 ---->	35	36
37 ---->	1954	1955		1955 ---->	36	37
38 ---->	1953	1954		1954 ---->	37	38
39 ---->	1952	1953		1953 ---->	38	39
40 ---->	1951	1952		1952 ---->	39	40
41 ---->	1950	1951		1951 ---->	40	41
42 ---->	1949	1950		1950 ---->	41	42
43 ---->	1948	1949		1949 ---->	42	43
44 ---->	1947	1948		1948 ---->	43	44
45 ---->	1946	1947		1947 ---->	44	45
46 ---->	1945	1946		1946 ---->	45	46
47 ---->	1944	1945		1945 ---->	46	47
48 ---->	1943	1944		1944 ---->	47	48
49 ---->	1942	1943		1943 ---->	48	49
50 ---->	1941	1942		1942 ---->	49	50
51 ---->	1940	1941				