

VISITES D'ENQUÊTRICE																				
	1	2	3	VISITE FINALE																
DATE				JOUR	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>															
NOM DE L'ENQUÊTRICE				MOIS	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>															
RÉSULTAT*				ANNÉE	<table border="1"><tr><td>2</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	2	0	0	0											
2	0	0	0																	
PROCHAINE VISITE : DATE HEURE				NBRE.TOTAL DE VISITES	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>															
<p>*CODES RÉSULTAT:</p> <table><tbody><tr><td>1</td><td>REPLI</td><td>4</td><td>REFUSÉ</td><td></td></tr><tr><td>2</td><td>PAS À LA MAISON</td><td>5</td><td>REPLI PARTIELLEMENT</td><td>7 AUTRE _____ (PRÉCISER)</td></tr><tr><td>3</td><td>DIFFÉRÉ</td><td>6</td><td>INCAPACITÉ</td><td></td></tr></tbody></table>						1	REPLI	4	REFUSÉ		2	PAS À LA MAISON	5	REPLI PARTIELLEMENT	7 AUTRE _____ (PRÉCISER)	3	DIFFÉRÉ	6	INCAPACITÉ	
1	REPLI	4	REFUSÉ																	
2	PAS À LA MAISON	5	REPLI PARTIELLEMENT	7 AUTRE _____ (PRÉCISER)																
3	DIFFÉRÉ	6	INCAPACITÉ																	
LANGUE DE L'INTERVIEW																				
KINYARWANDA.....1					<table border="1"><tr><td></td></tr></table>															
AUTRE LANGUE .....2																				
INTERPRETE OUI .....1					<table border="1"><tr><td></td></tr></table>															
NON .....2																				
CONTRÔLEUSE		CHEF D'ÉQUIPE		CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR															
NOM _____ <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>				NOM _____ <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>				<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>									
DATE _____		DATE _____																		

## SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉES

### INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

#### CONSENTEMENT APRÈS INFORMATIONS

Bonjour. Mon nom est \_\_\_\_\_ et je travaille pour l'Office National de la Population (ONAPO). 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 mettre en place des 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 ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> MINUTES ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>	
102	Pour commencer, je voudrais vous poser des questions sur vous-même et sur votre ménage. Jusqu'à l'âge de 12 ans, avez-vous vécu la plupart du temps à KIGALI, dans une autre- ville, ou en milieu rural?	KIGALI .....1 AUTRE-VILLE .....2 RURAL .....3	
103	Depuis combien de temps habitez-vous (de façon continue) à (NOM DE LA VILLE/VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE)?  SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	ANNÉES..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> TOUJOURS .....95 VISITEUR .....96	10 5
104	Juste avant de vous installer ici, avez-vous vécu la plupart du temps à KIGALI, dans une autre -ville, ou en milieu rural?	KIGALI .....1 AUTRE-VILLE .....2 RURAL .....3	
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née?	MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> NSP MOIS .....98 ANNÉE ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"></table> NSP ANNÉE .....9998	
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire?  COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENTS.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>	
107	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI .....1 NON.....2	111
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : Primaire, post-primaire, secondaire ou supérieur?	PRIMAIRE .....1 POST-PRIMAIRE .....2 SECONDAIRE.....3 SUPÉRIEUR.....4	
109	Quelle est la dernière (classe/ année) que vous avez achevée avec succès à ce niveau?	CLASSE..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>	

110	VÉRIFIER 108: PRIMAIRE <input type="checkbox"/> POST-PRIMAIRE <input type="checkbox"/> ET PLUS <input type="checkbox"/>		→ 114
111	Maintenant, je voudrais que vous me lisiez cette phrase à voix haute; lisez-en le plus que vous pouvez.  MONTRER VOTRE CARTE À L'ENQUÊTÉE	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT .....1 PEUT LIRE CERTAINES PARTIES .....2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE .....3 PAS DE CARTE DANS LANGUE QUI CONVIENT .....4 (PRÉCISER LANGUE)	
112	Avez-vous déjà participé à un programme d'alphabétisation ou à un autre programme qui comprenait l'apprentissage de la lecture et de l'écriture (non compris l'école primaire)?	OUI .....1 NON .....2	
113	VÉRIFIER 111: CODE '2', '3' <input type="checkbox"/> CODE '1' <input type="checkbox"/> OU '4' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ▼		→ 115
114	Lisez-vous un journal ou un magazine pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR .....1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE .....2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE .....3 PAS DU TOUT .....4	
115	Écoutez-vous la radio pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR .....1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE .....2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE .....3 PAS DU TOUT .....4	
116	Regardez-vous la télévision pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR .....1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE .....2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE .....3 PAS DU TOUT .....4	
119	Avez-vous déjà bu des boissons alcoolisées?	OUI .....1 NON .....2	→ 124
120	Vous est-il déjà arrivé d'être ivre après avoir bu des boissons alcoolisées?	OUI .....1 NON .....2	
121	Au cours des trois derniers mois, combien de jours avez-vous bu des boissons alcoolisées?	NOMBRE DE JOURS ..... <input type="text"/> AUCUNE/JAMAIS .....95	→ 124
122	VÉRIFIER 120: OUI, A DÉJÀ ÉTÉ <input type="checkbox"/> NON, N'A IVRE <input type="checkbox"/> JAMAIS ÉTÉ IVRE <input type="checkbox"/>		→ 124
123	Au cours des 3 derniers mois, combien de fois vous est il arrivé d'être ivre?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> AUCUNE/JAMAIS .....95	
124	Au cours des 3 derniers mois, avez-vous eu une injection?	OUI .....1 NON .....2	→ 201
125	Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous eu une injection?	NOMBRE D'INJECTIONS ..... <input type="text"/> CHAQUE JOUR .....95	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
126	La dernière fois que vous avez eu une injection, qui a fait la piqûre ?	PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ.....1 PHARMACIEN.....2 GUÉRISSEUR TRADITIONNEL .....3 AMI/PARENT.....4 VOUS-MÊME .....5  AUTRE .....6 (PRÉCISER)	

## SECTION 2: REPRODUCTION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
201	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues au cours de votre vie. Avez-vous donné naissance à des enfants?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206
202	Avez-vous des fils ou des 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; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> FILLES À LA MAISON ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
204	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance, qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206
205	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; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> FILLES AILLEURS ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></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 mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours?	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; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> FILLES DÉCÉDÉES ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À Q. 203, 205, ET 207, ET ENREGISTRER LE TOTAL. SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	TOTAL ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></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 <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> NON <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> → INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.		
210	VÉRIFIER 208:  UNE NAISSANCE OU PLUS <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> AUCUNE <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> _____		→ 226

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

212	213	214	215	216	217: SI EN VIE:	218 SI EN VIE	219 SI EN VIE:	220 SI DÉCÉDÉ:	221
Quel nom a été donné à votre (premier/suivant) enfant?  (NOM)	Parmi ces naissances, y-avait-il des jumeaux ?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)?  INSISTER : Quelle est sa date de naissance?	(NOM) est-il/elle toujours en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire?  NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous?	NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DANS 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)?
09	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <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"/> <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"/> <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"/> <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..... 1 NON ..... 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>↓</p> <p>VÉRIFIER :</p> <p>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>	
224	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES DEPUIS JANVIER 1995. SI AUCUNE, ENREGISTRER '0'.	<input type="text"/>
225	POUR CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1995, INSCRIRE 'N' DANS LE MOIS DE NAISSANCE DU CALENDRIER. POUR CHAQUE NAISSANCE, DEMANDER LE NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ ET INSCRIRE 'G' DANS CHACUN DES MOIS PRÉCÉDENTS SELON LA DURÉE DE LA GROSSESSE. (NOTE : LE NOMBRE DE 'G' DOIT ÊTRE INFÉRIEUR DE 1 AU NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ). INSCRIRE LE NOM DE L'ENFANT SUR LA GAUCHE DU CODE 'N'.	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
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. INSCRIRE 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL 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	➔ 236
230	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
231	VÉRIFIER 230: DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN <input type="text"/> JAN. 1995 OU PLUS TARD DERNIÈRE GROSS. TERMINÉE AVANT <input type="text"/> JAN. 1995		➔ 236
232	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée?  ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIRE 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
233	Avez-vous eu d'autres grossesses qui ne se sont pas terminées par une naissance vivante?	OUI .....1 NON.....2	➔ 236
234	DEMANDER LA DATE ET LA DURÉE DE GROSSESSE POUR CHAQUE GROSSESSE PRÉCÉDENTE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE EN REMONTANT JUSQU'EN JANVIER 1995.  INSCRIRE 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ CHAQUE GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.		
235	DANS LES CASES EN BAS DU CALENDRIER, INSCRIRE LE MOIS ET L'ANNÉE DE LA FIN DE LA DERNIÈRE GROSSESSE PRÉCÉDANT JANVIER 1995 QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE		
236	Quand vos dernières règles ont-elles commencé?  <hr/> (INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNÉE)	IL Y A ... JOURS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ... SEMAINES .....2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ... MOIS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ... ANNÉES .....4 <input type="text"/> <input type="text"/>  EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE .....994 AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE .....995 JAMAIS EU DE RÈGLES .....996	
237	Entre la période des règles et les règles suivantes, y-a-t-il un moment où une femme a plus de chances de tomber enceinte que d'autres si elle a des rapports sexuels?	OUI .....1 NON.....2 NE SAIT PAS .....8	<input type="checkbox"/> ➔ 301



N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
238	Est-ce que ce moment se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles finissent ou au milieu, entre deux périodes de règles?	JUSTE AVANT DÉBUT DES RÈGLES .....1 PENDANT LES RÈGLES .....2 JUSTE APRÈS LAFIN DES RÈGLES .....3 AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES DE RÈGLES .....4  AUTRE .....6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS .....8	

### SECTION 3. CONTRACEPTION

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur la planification familiale – les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.  
ENCERCLER CODE 1 À 301 POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE DE FAÇON SPONTANÉ. PUIS CONTINUER À LA COLONNE 301 EN DESCENDANT, EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. ENCELER LE CODE 1 SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE 2 SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE MÉTHODE AVEC CODE 1 ENCELER À 301, POSER 302.

301	De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler? POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER : Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE)?	302	Avez-vous déjà utilisé (MÉTHODE)?
01	STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI .....1 NON .....2	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI .....1 NON .....2
02	STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI .....1 NON .....2	Avez-vous eu un partenaire qui avait eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI .....1 NON .....2
03	PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour	OUI .....1 NON .....2	OUI .....1 NON .....2
04	DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place à l'intérieur.	OUI .....1 NON .....2	OUI .....1 NON .....2
05	INJECTIONS Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI .....1 NON .....2	OUI .....1 NON .....2
06	IMPLANTS Les femmes peuvent se faire insérer sous la peau de la partie supérieure du bras plusieurs petits bâtonnets qui les empêchent de tomber enceinte pendant une année ou plus.	OUI .....1 NON .....2	OUI .....1 NON .....2
07	CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis pendant les rapports sexuels.	OUI .....1 NON .....2	OUI .....1 NON .....2
08	CONDOM FÉMININ Les femmes peuvent se placer un étui dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI .....1 NON .....2	OUI .....1 NON .....2
09	DIAPHRAGME Les femmes peuvent se placer un diaphragme dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI .....1 NON .....2	OUI .....1 NON .....2
10	MOUSSE OU GELÉE Les femmes peuvent s'insérer un suppositoire, se mettre de la gelée ou de la crème dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI .....1 NON .....2	OUI .....1 NON .....2
11	MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRÉE (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.	OUI .....1 NON .....2	OUI .....1 NON .....2
12	RHYTHME/CONTINENCE PÉRIODIQUE Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter une grossesse en évitant les rapports sexuels les jours du mois où elle a plus de chances de tomber enceinte.	OUI .....1 NON .....2	OUI .....1 NON .....2
13	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI .....1 NON .....2	OUI .....1 NON .....2
14	PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre une pilule les jours après les rapports sexuels, jusqu'au troisième jour après, pour éviter de tomber enceinte.	OUI .....1 NON .....2	OUI .....1 NON .....2
15	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse?	OUI .....1 _____ (PRÉCISER) _____ (PRÉCISER) NON .....2	OUI .....1 NON .....2  OUI .....1 NON .....2
303	VÉRIFIER 302: PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/> AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> (N'A JAMAIS UTILISÉ) (A DÉJÀ UTILISÉ)		→ 307

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
304	Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 328
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 ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
308	VÉRIFIER 302 (01):  FEMME NON STÉRILISÉE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> FEMME STÉRILISÉE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>		→ 311A
309	VÉRIFIER 226:  NON ENCEINTE OU PAS SÛRE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> ENCEINTE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>		→ 320
310	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 320
311	Quelle méthode utilisez-vous?	STÉRILISATION FÉMININE ..... A STÉRILISATION MASCULINE ..... B PILULE ..... C DIU ..... D INJECTIONS ..... E IMPLANTS ..... F CONDOM ..... G CONDOM FÉMININ ..... H DIAPHRAGME ..... I MOUSSE/GELÉE ..... J MAMA ..... K  CONTINENCE PÉRIODIQUE ..... L RETRAIT ..... M  AUTRE ..... X (PRÉCISER)	→ 313 → 319 → 319A → 319B
311A	ENCERCLEZ 'A' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE. ENCERCLEZ 'B' POUR LA STÉRILISATION MASCULINE  SI PLUS D'UNE MÉTHODE MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE CORRESPONDANT À LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.		
313	Où a eu lieu la stérilisation?  S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL GOUVERNEMENTAL, D'UN HOPITAL AGREE 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)  SI LES CODES 'A' ET 'B' SONT ENCERCLÉS À 311, POSER 313-317 SUR LA STÉRILISATION FÉMININE SEULEMENT.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENTAL ..... 11 HÔPITAL AGREE ..... 12  AUTRE PUBLIC ..... 16 (PRÉCISER)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVÉ ..... 21 DOCTEUR PRIVÉ ..... 23  AUTRE PRIVÉ MÉDICAL ..... 26 (PRÉCISER)  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 98	

▶ 319B

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
319A	<p>Où avez-vous appris à utiliser la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)?</p> <p>SI LA SOURCE EST L'HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU 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 PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV/AGREE.....11</p> <p>C. DE SANTÉ GOUV/AGREE .....12</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL.....13</p> <p>AGENT DBC .....15</p> <p>AUTRE PUBLIC.....16</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ .....21</p> <p>PHARMACIE.....22</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ.....23</p> <p>CLINIQUE ARBEF .....24</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MEDICAL.....26</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/QUIOSQUE.....31</p> <p>ÉGLISE.....32</p> <p>PARENTS/AMIS .....33</p> <p>AUTRE.....96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
319B	<p>Depuis combien de mois utilisez-vous (MÉTHODE) de façon continue?</p> <p>SI MOINS D'1 MOIS, ENREGISTRER '00'.</p>	<p>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>8 ANNÉES OU PLUS..... 96</p>	
320	<p>VÉRIFIER 311/311A:</p> <p>ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE:</p> <p>SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ POUR UNE MÉTHODE À 311/311A, ENCERCLEZ LE CODE POUR LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.</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>DIAPHRAGME .....09</p> <p>MOUSSE/GELÉE.....10</p> <p>MAMA.....11</p> <p>CONTINENCE PÉRIODIQUE .....12</p> <p>RETRAIT.....13</p> <p>AUTRE MÉTHODE .....96</p>	<p>—▶ 328</p> <p>—▶ 322</p> <p>—▶ 330</p> <p>—▶ 327</p> <p>—▶ 324</p> <p>—▶ 324</p> <p>—▶ 324</p> <p>—▶ 324</p> <p>—▶ 330</p> <p>—▶ 330</p> <p>—▶ 330</p>
321	<p>VÉRIFIER 319B:</p> <p>UTILISE DEPUIS 59 MOIS <input type="text"/> OU MOINS <input type="text"/></p> <p>UTILISE DEPUIS 60 MOIS <input type="text"/> OU PLUS <input type="text"/></p>		—▶ 326
322	<p>Vous avez obtenu votre (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 319).</p> <p>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?</p>	<p>OUI .....1</p> <p>NON ..... 2</p>	—▶ 325
323	<p>Vous a-t-on dit ce que vous deviez faire si vous ressentiez des effets secondaires ou si vous aviez des problèmes?</p>	<p>OUI .....1</p> <p>NON ..... 2</p>	▶ 325
324	<p>VÉRIFIER 319B:</p> <p>UTILISE DEPUIS 59 MOIS <input type="text"/> OU MOINS <input type="text"/></p> <p>UTILISE DEPUIS 60 MOIS <input type="text"/> OU PLUS <input type="text"/></p>		—▶ 326

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
325	<p>VÉRIFIER 320:</p> <p>N'IMPORTE QUEL CODE '01'- '06' ENCERCLÉ</p> <p>N'IMPORTE QUEL CODE '08'- '11' ENCERCLÉ</p> <p>Au début, vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 319).</p> <p>À ce moment-là, vous- a t-on parlé d'autres méthodes que vous pouviez utiliser?</p> <p>À ce moment-là, vous- a-t-on parlé d'autres méthodes que vous pouviez utiliser?</p>	<p>OUI .....1</p> <p>NON ..... 2</p>	
326	<p>VÉRIFIER 311/311A:</p> <p>ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE:</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE .....01</p> <p>PILULE .....03</p> <p>DIU .....04</p> <p>INJECTIONS .....05</p> <p>IMPLANTS .....06</p> <p>CONDOM FÉMININ .....08</p> <p>DIAPHRAGME .....09</p> <p>MOUSSE/GELÉE .....10</p> <p>MAMA ..... 11</p>	<p>→ 330</p> <p>→ 330</p> <p>→ 330</p> <p>→ 330</p>
327	<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>_____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV/AGREE .....11</p> <p>C. DE SANTÉ GOUV/AGREE .....12</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL .....13</p> <p>AGENT DBC .....15</p> <p>AUTRE PUBLIC .....16</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ .....21</p> <p>PHARMACIE .....22</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ .....23</p> <p>CLINIQUE ARBEF .....24</p> <p>INFIRMERIE .....25</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MEDICAL ..... 26</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/KIOSQUE .....31</p> <p>ÉGLISE .....32</p> <p>PARENTS/AMIS .....33</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p>→ 330</p>
328	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale?</p>	<p>OUI .....1</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>→ 330</p>

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
329	<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>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV/AGREE.....11</p> <p>C. DE SANTÉ GOUV/AGREE .....12</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL.....13</p> <p>AGENT DBC .....15</p> <p>AUTRE PUBLIC.....16</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ.....21</p> <p>PHARMACIE.....22</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ.....23</p> <p>CLINIQUE ARBEF .....24</p> <p>INFIRMERIE .....25</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MEDICAL .....26</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/KIOSQUE.....31</p> <p>ÉGLISE .....32</p> <p>PARENTS/AMIS .....33</p> <p>AUTRE .....96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
330	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu la visite d'un agent de terrain qui vous a parlé de planification familiale.?	<p>OUI .....1</p> <p>NON .....2</p>	
331	Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un centre de santé pour recevoir des soins pour vous (ou pour vos enfants)?	<p>OUI .....1</p> <p>NON .....2</p>	—► 401
332	Est-ce que quelqu'un du centre de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale?	<p>OUI .....1</p> <p>NON .....2</p>	

**SECTION 4A. GROSSESSE, SOINS POSTNATALS ET ALLAITEMENT**

401	VÉRIFIER 224: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES <input type="checkbox"/> DEPUIS JANVIER 95 ▼		PAS DE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 95 <input type="checkbox"/>	→ 486
402	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS 1995. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER LA DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).  Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la santé de tous vos enfants nés dans les 5 dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois)			
403	NUMÉRO DE LIGNE DE Q 212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISS NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/>	
404	SELON Q. 212 ET Q. 216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/> ▼ ▼	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/> ▼ ▼	
405	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à <u>ce moment-là</u> , vouliez-vous <u>attendre</u> plus tard, Ou vouliez-vous <u>ne plus avoir</u> d'enfant du tout?	À CE MOMENT .....1 (PASSER À 407) ◀ PLUS TARD .....2 NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER À 407) ◀	À CE MOMENT .....1 (PASSER À 422) ◀ PLUS TARD .....2 NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER À 422) ◀	
406	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre?	MOIS .....1 <input type="text"/> ANNÉES .....2 <input type="text"/> NE SAIT PAS .....998	MOIS .....1 <input type="text"/> ANNÉES .....2 <input type="text"/> NE SAIT PAS .....998	
407	Pour cette grossesse, avez-vous reçu des soins prénatals? SI OUI: Qui avez-vous consulté? Quelqu'un d'autre?	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... A INFIRMIÈRE/SAGE- FEMME/ASSISTANT MEDICAL..... B  AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMÉE ..... C  ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMÉE ..... D  AUTRE ..... X (PRÉCISER) PERSONNE ..... Y (PASSER À 415) ◀		
408	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale?	MOIS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS .....98		
409	Combien de fois avez-vous été en consultation durant cette grossesse?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> NE SAIT PAS .....98		
410	VÉRIFIER 409:  NOMBRE DE CONSULTATIONS PRÉNATALES REÇUES	UNE FOIS <input type="checkbox"/> ▼ (PASSER À 412)	PLUS D'UNE FOIS OU NSP <input type="checkbox"/> ▼	



		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
411	De combien de mois étiez-vous enceinte la dernière fois que vous avez passé une visite prénatale?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	
412	Durant cette grossesse, avez-vous eu les examens suivants, au moins une fois?  Avez-vous été pesée? Vous-a-t-on mesurée? Vous-a-t-on pris la tension? Avez-vous donné un échantillon d'urine? Avez-vous donné du sang?	<div style="text-align: right;">OUI    NON</div> POIDS ..... 1    2 TAILLE ..... 1    2 TENSION ..... 1    2 URINE ..... 1    2 SANG ..... 1    2	
413	Vous-a-t-on parlé des signes de complications de la grossesse?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 415) ◀ NE SAIT PAS ..... 8	
414	Vous-a-t-on dit où aller si vous aviez ces complications?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
415	Durant cette grossesse, vous-a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 416) ◀ NE SAIT PAS ..... 8	
415A	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8	
416	Durant cette grossesse, vous-a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer?  MONTRER COMPRIMÉ/SIROP.	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 418) ◀ NE SAIT PAS ..... 8	
417	Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris du fer, en comprimés ou en sirop? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	NOMBRE DE JOURS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 998	
418	Durant cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour voir à la lumière du jour?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
419	Durant cette grossesse, avez-vous souffert de cécité crépusculaire [UTILISER NOM LOCAL?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
420	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 422) ◀ NE SAIT PAS ..... 8	
421	Quel était ce médicament?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	CHLOROQUINE ..... A FANSIDAR ..... B QUININE ..... C MÉDICAMENT INCONNU ..... D AUTRE ..... X (PRÉCISER)	

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
422	Quand (NOM) est né(e), était-il/ elle: Très gros, plus gros que la moyenne, moyen, Plus petit que la moyenne, ou très petit?	TRÈS GROS ..... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN ..... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8	TRÈS GROS ..... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN ..... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8
423	(NOM) a-t-il/ elle été pesé(e) à la naissance?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 425) ◀ NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 425) ◀ NE SAIT PAS ..... 8
424	Combien (NOM) pesait-il/ elle?  ENREGISTRER LE POIDS PORTÉ SUR LE CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	GRAMMES DU CARNET ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MÉMOIRE ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 99998	GRAMMES DU CARNET ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MÉMOIRE ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 99998
425	Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM)?  Quelqu'un d'autre?  INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES..	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... A INFIRMIÈRE/SAGE- FEMME/ASSISTANT MEDICAL ..... B  AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMÉE ..... C  ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMÉE ..... D  PARENTS/AMIS ..... E  AUTRE ..... X (PRÉCISER) PERSONNE ..... Y	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... A INFIRMIÈRE/SAGE- FEMME/ASSISTANT MEDICAL ..... B  AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMÉE ..... C  ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMÉE ..... D  PARENTS/AMIS ..... E  AUTRE ..... X (PRÉCISER) PERSONNE ..... Y
426	Où avez-vous accouché de (NOM)?  S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL GOUVERNEMENTAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL, D'UNE CLINIQUE PRIVÉE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	DOMICILE VOTRE DOMICILE ..... 11 (PASSER À 428) ◀ AUTRE DOMICILE ..... 12  SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT ... 21 CENTRE DE SANTÉ GOUV. .... 22  AUTRE PUBLIC ..... 26 (PRÉCISER)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 AUTRE PRIVÉ. MÉDICAL ..... 36 (PRÉCISER)  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER) (PASSER À 428) ◀	DOMICILE VOTRE DOMICILE ..... 11 (PASSER À 428) ◀ AUTRE DOMICILE ..... 12  SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT ... 21 CENTRE DE SANTÉ GOUV. ... 22  AUTRE PUBLIC ..... 26 (PRÉCISER)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 AUTRE PRIVÉ. MÉDICAL ..... 36 (PRÉCISER)  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER) (PASSER À 428) ◀
427	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne?	OUI ..... 1 (PASSER À 432) ◀ NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSER À 434) ◀ NON ..... 2
428	Après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une sage- femme traditionnelle vous a examinée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 432) ◀	OUI ..... 1 (PASSER À 434) ◀ NON ..... 2

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____								
429	Après combien de jours ou de semaines après l'accouchement avez-vous eu votre premier examen de santé  ENREGISTRER "00" SI MÊME JOUR.	JOURS APRÈS ACC. .... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAINES APRÈS ACC 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 998									
430	Qui vous a examinée à ce moment-là?  INSISTER POUR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... 1 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME/ASSISTANT MEDICAL ..... 2  AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMÉE ..... 3  ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMÉE ..... 4  AUTRE ..... 6 (PRÉCISER)									
431	Où a eu lieu ce premier examen de santé?	DOMICILE VOTRE DOMICILE ..... 11 AUTRE DOMICILE ..... 12  SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT ... 21 CENTRE DE SANTÉ GOUV. .... 22 DISPENSARE. .... 23  AUTRE PUBLIC ..... 26 (PRÉCISER)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 AUTRE PRIVÉ. MÉDICAL ..... 36 (PRÉCISER)  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)									
432	Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme celle-ci?  MONTRER 'AMPOULE/GÉLULES/SIROP.	OUI ..... 1 NON ..... 2									
433	Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI ..... 1 (PASSER À 435) ◀ NON ..... 2 (PASSER À 436) ◀									
434	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM AVANT DERNIÈRE NAISSANCE) et votre grossesse suivante?		OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 438) ◀								
435	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles?	MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 98			MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 98						
436	VÉRIFIER 226:  ENQUÊTÉE ENCEINTE?	NON <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> EN-CEINTE ▼ OU PAS SÛRE ◀ (PASSER À 438)									
437	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM)?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 439) ◀									





		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
438	Pendant combien de temps après la naissance de (NOM) <u>n'avez-vous pas eu</u> de rapports sexuels?	JOURS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 998	JOURS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 998
439	Avez-vous allaité (NOM)?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 444) ◀	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 444) ◀
440	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois?  SI MOINS D'1 HEURE, NOTER '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, NOTER EN HEURES. AUTREMENT, NOTER EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT ..... 000 HEURES ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	IMMÉDIATEMENT ..... 000 HEURES ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
441	VÉRIFIER 404: ENFANT VIVANT?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ▼ (PASSER À 443) ◀	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ▼ (PASSER À 443) ◀
442	Allaitez-vous encore (NOM)?	OUI ..... 1 (PASSER À 445) ◀ NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSER À 445) ◀ NON ..... 2
443	Pendant combien de mois 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
444	VÉRIFIER 404: ENFANT EN VIE?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 447)      (RETOURNER À 405, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 451)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 447)      (RETOURNER À 405, DERNIÈRE COLONNE DU NOUV. QUESTIONNAIRE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 451)
445	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière, entre le coucher et le lever du soleil?  SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT .. <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT .. <input type="text"/> <input type="text"/>
446	Hier, combien de fois avez-vous allaité pendant la journée?  SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR. <input type="text"/> <input type="text"/>
447	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

		DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
448	<p>Maintenant, je voudrais vous demander quelle nourriture<sup>1</sup> [NOM] a reçu au cours des 7 derniers jours , y compris hier.</p> <p>Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM] a-t-il/elle reçu un des liquides et/ou aliments suivants?</p> <p>POUR CHACUN DES ALIMENTS REÇUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER: Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu:</p> <p>a Eau?</p> <p>b Préparation artificielle pour bébé?</p> <p>c Tout autre type de lait, comme le lait en boîte, en poudre, ou le lait frais d'animal?</p> <p>d Jus de fruit?</p> <p>e Autres liquides tels que eau sucrée, thé, café, boissons gazeuses, ou bouillons?</p> <p>f Aliments à base de céréales [ex: mil, sorgho, maïs, riz, blé, bouillie, ou autres céréales locales]?</p> <p>g Potiron, igname ou courge rouge ou jaune, carottes ou patates douces rouges?</p> <p>h Autres aliments à base de tubercules [par ex: pommes de terre, igname blanche, manioc, cassava, ou autre tubercules/racines locales]?</p> <p>i N'importe quel légume à feuilles vertes?</p> <p>j Mangue, papaye [ou autres fruits locaux riches en vitamine A]?</p> <p>k Tout autre fruit et légume [par ex: banane, pomme, haricots verts, avocat, tomate]?</p> <p>l Viande, volaille, poisson, coquillages, ou oeufs?</p> <p>m Autres aliments à base de légumes [par ex: lentilles, haricots, soja, légumineuses, ou arachides]?</p> <p>n Fromage ou yaourts?</p> <p>o Tout aliment préparé avec de l'huile, de la graisse ou de beurre?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.</p>	<p>7 DERNIERS JOURS</p> <p>NOMBRE DE JOURS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p> <p>f <input type="text"/></p> <p>g <input type="text"/></p> <p>h <input type="text"/></p> <p>i <input type="text"/></p> <p>j <input type="text"/></p> <p>k <input type="text"/></p> <p>l <input type="text"/></p> <p>m <input type="text"/></p> <p>n <input type="text"/></p> <p>o <input type="text"/></p>	<p>HIER/ NUIT DERNIÈRE</p> <p>NOMBRE DE FOIS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p> <p>f <input type="text"/></p> <p>g <input type="text"/></p> <p>h <input type="text"/></p> <p>i <input type="text"/></p> <p>j <input type="text"/></p> <p>k <input type="text"/></p> <p>l <input type="text"/></p> <p>m <input type="text"/></p> <p>n <input type="text"/></p> <p>o <input type="text"/></p>	<p>7 DERNIERS JOURS</p> <p>NOMBRE DE JOURS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p> <p>f <input type="text"/></p> <p>g <input type="text"/></p> <p>h <input type="text"/></p> <p>i <input type="text"/></p> <p>j <input type="text"/></p> <p>k <input type="text"/></p> <p>l <input type="text"/></p> <p>m <input type="text"/></p> <p>n <input type="text"/></p> <p>o <input type="text"/></p>	<p>HIER/ NUIT DERNIÈRE</p> <p>NOMBRE DE FOIS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p> <p>f <input type="text"/></p> <p>g <input type="text"/></p> <p>h <input type="text"/></p> <p>i <input type="text"/></p> <p>j <input type="text"/></p> <p>k <input type="text"/></p> <p>l <input type="text"/></p> <p>m <input type="text"/></p> <p>n <input type="text"/></p> <p>o <input type="text"/></p>
449	<p>Hier, durant le jour ou la nuit, combien de fois (NOM) a-t-il/elle été nourri (e) de purées ou d'aliments solides ou semi-solides?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'.</p>	<p>NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>		<p>NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
450		<p>RETOURNER À 405 DANS LA PROCHAINE COLONNE; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 451.</p>		<p>RETOURNER À 405 DANS DER-NIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 451.</p>	

# SECTION 4B. VACCINATION ET SANTÉ

451	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE DEPUIS JANVIER 95. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER LA DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).		
452	NUMÉRO DE LIGNE DE Q.212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/>
453	SELON Q.212 ET Q.216	NOM _____	NOM _____
		<div>VIVANT <input type="checkbox"/></div> <div>DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/></div> <div>(ALLER À 453, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 481)</div>	<div>VIVANT <input type="checkbox"/></div> <div>DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/></div> <div>(ALLER À 453, DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU SI PLUS DE NAISSANCES ALLER À 481)</div>
454	Est-ce que (NOM) a reçu une dose de vitamine A, comme cela, au cours des 6 derniers mois? MONTRER L'AMPOULE/GÉLULE/SIROP.	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
455	Avez-vous un carnet de vaccination où les vaccinations de (NOM) sont inscrites  SI OUI: Puis-je le voir, s'il vous plaît?	OUI, VU ..... 1 (PASSER À 457) ◀ OUI, PAS VU ..... 2 (PASSER À 459) ◀ PAS DE CARNET ..... 3	OUI, VU ..... 1 (PASSER À 457) ◀ OUI, PAS VU ..... 2 (PASSER À 459) ◀ PAS DE CARNET ..... 3
456	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM)?	OUI ..... 1 (PASSER À 459) ◀ NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSER À 459) ◀ NON ..... 2
457	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN, À PARTIR DU CARNET.  (2) NOTER '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE.  BCG POLIO 0 (à la naissance) POLIO 1 POLIO 2 POLIO 3 DTcoq 1 DTcoq 2 DTcoq 3 Rougeole VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)	<div>JOUR MOIS ANNÉE</div> <div>BCG.....</div> <div>P0.....</div> <div>P1.....</div> <div>P2.....</div> <div>P3.....</div> <div>D1.....</div> <div>D2.....</div> <div>D3.....</div> <div>ROUG...</div> <div>VIT. A ...</div>	<div>JOUR MOIS ANNÉE</div> <div>BCG.....</div> <div>P0.....</div> <div>P1.....</div> <div>P2.....</div> <div>P3.....</div> <div>D1.....</div> <div>D2.....</div> <div>D3.....</div> <div>ROUG...</div> <div>VIT. A ...</div>

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE NOM _____
458	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur ce carnet, y compris les vaccinations faites le jour d'une campagne nationale de vaccination?  ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE BCG, POLIO 0-3, DTCoq 1-3, ET/OU ROUGEOLE.	OUI ..... 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 457) ..... (PASSER À 461) ..... NON ..... 2 (PASSER À 461) ..... NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 457) ..... (PASSER À 461) ..... NON ..... 2 (PASSER À 461) ..... NE SAIT PAS ..... 8
459	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations pour lui éviter de contracter des maladies, y compris les vaccinations reçues le jour d'une campagne nationale de vaccination?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 463) ..... NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 463) ..... NE SAIT PAS ..... 8
460	Dites-moi, s'il vous plaît, si (NOM) a reçu l'une des vaccinations suivantes:		
460A	La vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse, généralement, une cicatrice? <sup>3</sup>	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
460B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 460E) ..... NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 460E) ..... NE SAIT PAS ..... 8
460C	Quand le premier vaccin contre la polio a-t-il été donné, juste après la naissance ou plus tard?	JUSTE APRÈS LA NAISSANCE ..... 1 PLUS TARD ..... 2	JUSTE APRÈS LA NAISSANCE ..... 1 PLUS TARD ..... 2
460D	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"/>
460E	La vaccination du DTCoq, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse ou à la fesse donnée généralement en même temps que les gouttes contre la polio?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 460G) ..... NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 460G) ..... NE SAIT PAS ..... 8
460F	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>
460G	Une injection contre la rougeole?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
461	Est-ce que (NOM) a reçu certaines de ces vaccinations pendant ces deux dernières années au cours d'une journée nationale de vaccination?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 463) ..... PAS DE VACCIN. DANS 2 DERNIÈRES ANNÉES ..... 3 (PASSER À 463) ..... NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 463) ..... PAS DE VACCIN. DANS 2 DERNIÈRES ANNÉES ..... 3 (PASSER À 463) ..... NE SAIT PAS ..... 8
462	Au cours de quelle journée nationale de vaccination, (NOM) a-t-il reçu ces vaccinations?  NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	CAMPAGNE/ (TYPE/DATE) 1.....A 2.....B 3.....C 4.....D	CAMPAGNE/ (TYPE/DATE) 1.....A 2.....B 3.....C 4.....D
463	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre, à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines ?	OUI ..... 1 (PASSER À 463B) ..... NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 (PASSER À 463B) ..... NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8

		DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE				
		NOM _____			NOM _____				
463A	Est-ce que (NOM) a de la fièvre en ce moment?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 464) ◀-----  NE SAIT PAS ..... 8			OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 464) ◀-----  NE SAIT PAS ..... 8				
463B	Avez-vous fait quelque chose contre la fièvre de (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 464) ◀-----  NE SAIT PAS ..... 8			OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 464) ◀-----  NE SAIT PAS ..... 8				
463C	Qu'avez-vous fait?  Qu'est-ce qui a été fait principalement, en premier lieu?  Qu'est-ce qui a été fait ensuite?  ENCERCLER UN CODE DANS CHAQUE COLONNE POUR CHACUNE DES 3 PREMIÈRES ACTIONS		1er	2è	3è		1er	2è	3è
		A DONNÉ MÉDICAMENTS DE LA MAISON .....	01	01	01	MÉDICAMENTS DE LA MAISON.....	01	01	01
		A DONNÉ MÉDICAMENTS DE PHARMACIE (SANS ORDONNANCE) .....	02	02	02	MÉDICAMENTS. PHARMACIE (SANS ORDON.) ...	02	02	02
		A ÉTÉ CONDUIT À UN CENTRE DE SANTÉ PUBLIC .....	03	03	03	CENTRE DE SANTÉ PUBLIC.....	03	03	03
		A ÉTÉ CONDUIT À UN CENTRE DE SANTÉ AGRÉÉ/MISSION .....	04	04	04	CENTRE DE SANTÉ AGRÉÉ/MISSION.....	04	04	04
		A CONSULTÉ UN MÉDECIN PRIVÉ .....	05	05	05	A CONSULTÉ MÉDECIN PRIVÉ .....	05	05	05
		A CONSULTÉ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL.....	06	06	06	GUÉRISSEUR TRADITIONNEL.....	06	06	06
		A CONSULTÉ AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE .....	07	07	07	AGENT SANTÉ COMMUNAUT.....	07	07	07
		A DONNÉ REMÈDES MAISON/PLANTES.....	08	08	08	REMÈDES MAISON/PLANTES .....	08	08	08
		AUTRE .....	09	09	09	AUTRE .....	09	09	09
		— (PRÉCISER) .....	10	10	10	— (PRÉCISER) .....	10	10	10
		NON, RIEN (RIEN D'AUTRE) .....	98	98	98	NON, RIEN (RIEN D'AUTRE) .....	98	98	98
		NE SAIT PAS .....				NE SAIT PAS.....			
463D	VÉRIFIER 463C:	CODE "01" OU "02" ENCERCLÉS DANS N'IMPORTE QUELLE COLONE 	CODE "01" OU "02" ENCERCLÉ DANS AUCUNE COLONNE  (ALLER À 463F)	CODE "01" OU "02" ENCERCLÉS DANS N'IMPORTE QUELLE COLONE 	CODE "01" OU "02" ENCERCLÉ DANS AUCUNE COLONNE  (ALLER À 463F)				



		DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE	
		NOM _____	NOM _____		
463E	<p>Quels médicaments ont été donnés à (NOM) ?</p> <p>DEMANDER À VOIR LE(S) MEDICAMENT(S). SI PAS VU, MONTRER LE(S) MEDICAMENT(S) À L'ENQUETÉE</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE</p> <p>POUR CHAQUE ANTI-PALUDIQUE, DEMANDER: Combien de temps après que la fièvre a commencé (NOM) a-t-il commencé à prendre le (NOM DU MÉDICAMENT) ?</p> <p>CODES EN JOUR : MEME JOUR = 0 1 JOUR APRÈS FIEVRE = 1 2 JOURS APRES FIEV. = 2 3 JOURS OU PLUS = 3</p>	<p>ANTIPALUDIQUES</p> <p>CHLOROQUINE ..... A</p> <p>FANSIDAR..... B</p> <p>QUININE ..... C</p> <p>AUTRES MEDICAMENTS</p> <p>ASPIRINE ..... D</p> <p>PARACETAMOL..... E</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS.....Z</p>	NOMBRE DE JOURS	<p>ANTIPALUDIQUES</p> <p>CHLOROQUINE ..... A</p> <p>FANSIDAR..... B</p> <p>QUININE ..... C</p> <p>AUTRES MEDICAMENTS</p> <p>ASPIRINE ..... D</p> <p>PARACETAMOL..... E</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS.....Z</p>	NOMBRE DE JOURS
463EA	Combien avez-vous dépensé pour l'achat des médicaments sans ordonnance que vous avez donnés à (NOM) ?	<div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div> FR NE SAIT PAS..... 999998		<div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div> FR NE SAIT PAS..... 999998	
463F	VÉRIFIER 463C:	<p>CODE "03" ou "04" ENCERCLÉ DANS N'IMPORTE QUELLE COLONE</p> <div> <div></div> </div>	<p>CODE "03" ou "04" ENCERCLÉ DANS AUCUNE COLONNE</p> <div> <div></div> </div> <p>(ALLER À 463K)</p>	<p>CODE "03" ou "04" ENCERCLÉ DANS N'IMPORTE QUELLE COLONE</p> <div> <div></div> </div>	<p>CODE "03" ou "04" ENCERCLÉ DANS AUCUNE COLONNE</p> <div> <div></div> </div> <p>(ALLER À 463K)</p>
463G	Combien de temps après que vous ayez remarqué la fièvre (NOM) a-t-il été conduit à un centre de santé ?	<p>MEME JOUR .....0 (PASSER À 463H) ◀</p> <p>1 JOUR APRÈS LA FIEVRE.....1</p> <p>2 JOURS APRES LA FIEVRE .....2</p> <p>3 JOURS OU PLUS .....3</p>		<p>MEME JOUR .....0 (PASSER À 463H) ◀</p> <p>1 JOUR APRÈS LA FIEVRE.....1</p> <p>2 JOURS APRES LA FIEVRE .....2</p> <p>3 JOURS OU PLUS .....3</p>	
463GA	Pourquoi avez-vous attendu tout ce temps avant de conduire (NOM) à un centre de santé ?	<p>MALADIE PAS GRAVE .....1</p> <p>ÉTABLIS. SANIATARE TROP LOIN .....2</p> <p>TRANSPORT TROP CHER.....3</p> <p>PAS D 'ARGENT POUR PAYER.....4</p> <p>AUTRE .....5 (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS.....8</p>		<p>MALADIE PAS GRAVE .....1</p> <p>ÉTABLIS. SANIATARE TROP LOIN .....2</p> <p>TRANSPORT TROP CHER.....3</p> <p>PAS D 'ARGENT POUR PAYER.....4</p> <p>AUTRE .....5 (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS.....8</p>	
463H	Est-ce que (NOM) a reçu un médicament ou une ordonnance médicale au centre de santé ?	<p>OUI.....1</p> <p>NON .....2 (PASSER À 463HD) ◀</p> <p>NE SAIT PAS.....8</p>		<p>OUI.....1</p> <p>NON .....2 (PASSER À 463HD) ◀</p> <p>NE SAIT PAS.....8</p>	

		DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
463I	<p>Quels médicaments ont été donnés ou prescrits à (NOM) au centre de santé?</p> <p>DEMANDER À VOIR LE(S) MÉDICAMENT(S). SI PAS VU, MONTRER LE(S) MÉDICAMENT(S) À L'ENQUETÉE</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p> <p>POUR CHAQUE ANTI-PALUDIQUE, DEMANDER: Combien de temps après que la fièvre a commencé (NOM) a-t-il commencé à prendre le (NOM DU MÉDICAMENT) ?</p> <p>CODES EN JOUR : MEME JOUR = 0 1 JOUR APRES FIEVRE = 1 2 JOURS APRES FIEV. = 2 3 JOURS OU PLUS = 3</p>	<p>ANTIPALUDIQUES</p> <p>CHLOROQUINE ..... A</p> <p>FANSIDAR ..... B</p> <p>QUININE ..... C</p> <p>AUTRES MÉDICAMENTS</p> <p>ASPIRINE ..... D</p> <p>PARACETAMOL ..... E</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	NOMBRE DE JOURS	<p>ANTIPALUDIQUES</p> <p>CHLOROQUINE ..... A</p> <p>FANSIDAR ..... B</p> <p>QUININE ..... C</p> <p>AUTRES MÉDICAMENTS</p> <p>ASPIRINE ..... D</p> <p>PARACETAMOL ..... E</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	NOMBRE DE JOURS
463HA	Avez-vous acheté tous les médicaments, une partie des médicaments ou aucun médicament de l'ordonnance pour traiter la fièvre de (NOM)?	<p>TOUS LES MÉDICAMENTS ..... 1</p> <p>UNE PARTIE DES MÉDICAMENTS ..... 2</p> <p>AUCUN MÉDICAMENT ..... 3</p> <p>(PASSER À 463HC) ◀ _____</p>		<p>TOUS LES MÉDICAMENTS ..... 1</p> <p>UNE PARTIE DES MÉDICAMENTS ..... 2</p> <p>AUCUN MÉDICAMENT ..... 3</p> <p>(PASSER À 463HC) ◀ _____</p>	
463HB	Combien avez-vous dépensé pour l'achat des médicaments que vous avez donnés à (NOM) ?	<div> <div>FR</div> <div>NE SAIT PAS ..... 999998</div> <div>(PASSER À 463HD)</div> </div>		<div> <div>FR</div> <div>NE SAIT PAS ..... 999998</div> <div>(PASSER À 463HD)</div> </div>	
463HC	Pourquoi n'avez-vous pas acheté les médicaments qui vous ont été prescrits pour traiter la fièvre de (NOM) ?	<p>MALADIE PAS GRAVE ..... 1</p> <p>ENFANT GUÉRI ENTRE TEMPS ..... 2</p> <p>PAS D'ARGENT POUR PAYER ..... 3</p> <p>AUTRE ..... 4 (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>		<p>MALADIE PAS GRAVE ..... 1</p> <p>ENFANT GUÉRI ENTRE TEMPS ..... 2</p> <p>PAS D'ARGENT POUR PAYER ..... 3</p> <p>AUTRE ..... 4 (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
463HD	Combien avez-vous payé pour les frais de consultation de (NOM) au centre de santé ?	<div> <div>FR</div> <div>NE SAIT PAS ..... 99998</div> </div>		<div> <div>FR</div> <div>NE SAIT PAS ..... 99998</div> </div>	
463J	Est-ce que (NOM) a reçu une injection au centre de santé ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>		<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
463K	VÉRIFIER 463C:	<p>CODE "05" ENCERCLÉ DANS N'IMPORTE QUELLE COLONE</p> <div> <div></div> <div>▼</div> </div>	<p>CODE "05" ENCERCLÉ DANS AUCUNE COLONE</p> <div> <div></div> <div>▼</div> </div> <p>(ALLER À 463P)</p>	<p>CODE "05" ENCERCLÉ DANS N'IMPORTE QUELLE COLONE</p> <div> <div></div> <div>▼</div> </div>	<p>CODE "05" ENCERCLÉ DANS AUCUNE COLONE</p> <div> <div></div> <div>▼</div> </div> <p>(ALLER À 463P)</p>

		DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
463L	Combien de temps après que vous ayez remarqué la fièvre (NOM) a-t-il consulté un médecin privé?	MEME JOUR ..... 0 (PASSER À 463M) ◀———▶ 1 JOUR APRÈS LA FIEVRE ..... 1 2 JOURS APRES LA FIEVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS ..... 3		MEME JOUR ..... 0 (PASSER À 463M) ◀———▶ 1 JOUR APRÈS LA FIEVRE ..... 1 2 JOURS APRES LA FIEVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS ..... 3	
463LA	Pourquoi avez-vous attendu tout ce temps avant de conduire (NOM) à un centre de santé ?	MALADIE PAS GRAVE ..... 1 ÉTABLIS. SANIATARE TROP LOIN ..... 2 TRANSPORT TROP CHER ..... 3 PAS D 'ARGENT POUR PAYER ..... 4 AUTRE ..... 5 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8		MALADIE PAS GRAVE ..... 1 ÉTABLIS. SANIATARE TROP LOIN ..... 2 TRANSPORT TROP CHER ..... 3 PAS D 'ARGENT POUR PAYER ..... 4 AUTRE ..... 5 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8	
463M	Est-ce que (NOM) a reçu un médicament ou une ordonnance médicale chez le médecin privé?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 463MD) ◀———▶ NE SAIT PAS ..... 8		OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 463MD) ◀———▶ NE SAIT PAS ..... 8	
463N	Quels médicaments ont été donnés ou prescrits à (NOM) chez le médecin privé?  DEMANDER À VOIR LE(S) MÉDICAMENT(S). SI PAS VU, MONTRER LE(S) MÉDICAMENT(S) À L'ENQUETÉE  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ  POUR CHAQUE ANTI-PALUDIQUE, DEMANDER: Combien de temps après que la fièvre a commencé (NOM) a-t-il commencé à prendre le (NOM DU MÉDICAMENT) ?  CODES EN JOUR : MEME JOUR = 0 1 JOUR APRÈS FIEVRE = 1 2 JOURS APRÈS FIEV. = 2 3 JOURS OU PLUS = 3	ANTIPALUDIQUES  CHLOROQUINE ..... A  FANSIDAR ..... B  QUININE ..... C  AUTRES MÉDICAMENTS  ASPIRINE ..... D PARACETAMOL ..... E AUTRE ..... X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z	NOMBRE DE JOURS	ANTIPALUDIQUES  CHLOROQUINE ..... A  FANSIDAR ..... B  QUININE ..... C  AUTRES MÉDICAMENTS  ASPIRINE ..... D PARACETAMOL ..... E AUTRE ..... X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z	NOMBRE DE JOURS
463MA	Avez-vous acheté tous les médicaments, une partie des médicaments ou aucun médicament de l'ordonnance pour traiter la fièvre de (NOM)?	TOUS LES MÉDICAMENTS ..... 1 UNE PARTIE DES MÉDICAMENTS ..... 2 AUCUN MÉDICAMENT ..... 3 (PASSER À 463MC) ◀———▶		TOUS LES MÉDICAMENTS ..... 1 UNE PARTIE DES MÉDICAMENTS ..... 2 AUCUN MÉDICAMENT ..... 3 (PASSER À 463MC) ◀———▶	
463MB	Combien avez-vous dépensé pour l'achat des médicaments que vous avez donnés à (NOM) ?	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin-left: 10px;">FR</div> </div> NE SAIT PAS ..... 999998 (PASSER À 463MD)		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin-left: 10px;">FR</div> </div> NE SAIT PAS ..... 999998 (PASSER À 463MD)	
463MC	Pourquoi n'avez-vous pas acheté les médicaments qui vous ont été prescrits pour traiter la fièvre de (NOM) ?	MALADIE PAS GRAVE ..... 1 ENFANT GUÉRI ENTRE TEMPS ..... 2 PAS D 'ARGENT POUR PAYER ..... 3 AUTRE ..... 4 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8		MALADIE PAS GRAVE ..... 1 ENFANT GUÉRI ENTRE TEMPS ..... 2 PAS D 'ARGENT POUR PAYER ..... 3 AUTRE ..... 4 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8	

		DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
463MD	Combien avez-vous payé pour les frais de consultation de (NOM) chez le médecin privé ?	<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> FR  NE SAIT PAS.....99998 </div>		<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> FR  NE SAIT PAS.....99998 </div>	
463O	Est-ce que (NOM) a reçu une injection chez le médecin privé ?	OUI.....1 NON .....2 NE SAIT PAS .....8		OUI.....1 NON .....2 NE SAIT PAS .....8	
463P	VÉRIFIER 463C:	CODE "07" ENCERCLÉ DANS N'IMPORTE QUELLE COLONE <input type="checkbox"/> ▼ (ALLER À 464)	CODE "07" ENCERCLÉ DANS AUCUNE COLONE <input type="checkbox"/> ▼ (ALLER À 464)	CODE "07" ENCERCLÉ DANS N'IMPORTE QUELLE COLONE <input type="checkbox"/> ▼ (ALLER À 464)	CODE "07" ENCRCLÉ DANS AUCUNE COLONE <input type="checkbox"/> ▼ (ALLER À 464)
463Q	Combien de temps après que vous ayez remarqué la fièvre (NOM) a-t-il consulté un agent de santé communautaire?	MEME JOUR .....0 1 JOUR APRÈS LA FIEVRE .....1 2 JOURS APRES LA FIEVRE .....2 3 JOURS OU PLUS .....3		MEME JOUR.....0 1 JOUR APRÈS LA FIEVRE .....1 2 JOURS APRES LA FIEVRE .....2 3 JOURS OU PLUS .....3	
463R	Qu'est-ce que l'agent de santé communautaire a fait ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	A DONNE DES MEDICAMENTS ..... A A RECOMMANDE L'ACHAT DE MEDICAMENTS ..... B A ENVOYÉ À ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ/DOCTEUR ..... C AUTRE _____ X (PRÉCISER)		A DONNE DES MEDICAMENTS ..... A A RECOMMANDE L'ACHAT DE MEDICAMENTS ..... B A ENVOYÉ À ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ/DOCTEUR ..... C AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
463S	VÉRIFIER 463R:  <div> <div>CODES "A" ET/OU "B" ENCRCLÉS <input type="checkbox"/></div> <div>NI CODE "A" NI CODE "B" ENCRCLÉ <input type="checkbox"/></div> </div> <div>→ 464</div>				
463T	Quels médicaments ont été donnés ou recommandés à (NOM) par l'agent de santé communautaire?  DEMANDER À VOIR LE(S) MEDICAMENT(S). SI PAS VU, MONTRER LE(S) MEDICAMENT(S) À L'ENQUETÉE  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE  POUR CHAQUE ANTI-PALUDIQUES, DEMANDER: Combien de temps après que la fièvre a commencé (NOM) a-t-il commencé à prendre le (NOM DU MÉDICAMENT) ?  CODES EN JOUR : MEME JOUR = 0 1 JOUR APRES FIEVRE = 1 2 JOURS APRES FIEVRE = 2 3 JOURS OU PLUS = 3	ANTIPALUDIQUES  CHLOROQUINE ..... A  FANSIDAR ..... B  QUININE ..... C  AUTRES MEDICAMENTS  ASPIRINE ..... D PARACETAMOL ..... E  AUTRE _____ X (PRÉCISER)  NE SAIT PAS ..... Z	NOMBRE DE JOURS          	ANTIPALUDIQUES  CHLOROQUINE ..... A  FANSIDAR ..... B  QUININE ..... C  AUTRES MEDICAMENTS  ASPIRINE ..... D PARACETAMOL ..... E  AUTRE _____ X (PRÉCISER)  NE SAIT PAS ..... Z	NOMBRE DE JOURS          
464	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, au cours des deux dernières semaines	OUI.....1 NON .....2 (PASSER À 472) ◀ _____ NE SAIT PAS .....8		OUI .....1 NON .....2 (PASSER À 472) ◀ _____ NE SAIT PAS .....8	

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
465	Quand (NOM) souffrait de la toux, respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8
467	Avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour la toux?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 472) ◀	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 472) ◀
468	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement? Quelque part ailleurs?  NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV/AGREE..... A C.SANTE GOUV/AGREE..... B DISPENSARE..... C AGENT DBC..... D AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE..... E  AUTRE PUBLIC..... F (PRÉCISER)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ..... G PHARMACIE..... H MÉDECIN PRIVÉ..... I CLINIQUE ARBEF..... J INFIRMERIE..... K AUTRE PRIVÉ. MEDICAL..... L (PRÉCISER)  AUTRE SOURCE BOUTIQUE/KIOSQUE..... M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL.. N  AUTRE..... X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV/AGREE..... A C.SANTE GOUV/AGREE..... B DISPENSARE..... C AGENT DBC..... D AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE..... E  AUTRE PUBLIC..... F (PRÉCISER)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ..... G PHARMACIE..... H MÉDECIN PRIVÉ..... I CLINIQUE ARBEF..... J INFIRMERIE..... K AUTRE PRIVÉ. MEDICAL..... L (PRÉCISER)  AUTRE SOURCE BOUTIQUE/KIOSQUE..... M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . N  AUTRE..... X (PRÉCISER)
472	Est-ce-que (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 480A) ◀ NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 480A) ◀ NE SAIT PAS..... 8
473	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide (NOM) a reçu durant sa diarrhée. Lui avez-vous donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? <b>SI MOINS, INSISTER:</b> Lui avez-vous donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS..... 1 UN PEU MOINS..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ .... 3 PLUS..... 4 RIEN À BOIRE..... 5 NE SAIT PAS..... 8	BEAUCOUP MOINS..... 1 UN PEU MOINS..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ..... 3 PLUS..... 4 RIEN À BOIRE..... 5 NE SAIT PAS..... 8
474	Quand (NOM) a eu la diarrhée, lui avez-vous donné moins à manger que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger du tout?  SI MOINS, INSISTER: Lui avez-vous donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude?	BEAUCOUP MOINS..... 1 UN PEU MOINS..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ .... 3 PLUS..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE..... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER... 6 NE SAIT PAS..... 8	BEAUCOUP MOINS..... 1 UN PEU MOINS..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ..... 3 PLUS..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE..... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER... 6 NE SAIT PAS..... 8
475	Lui avez-vous donné l'une des choses suivantes à boire?	OUI NON NSP	OUI NON NSP

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
a	Un liquide préparé à partir d'un sachet [NOM LOCAL]?	LIQUIDE SACHET SRO ..... 1 2 8	LIQUIDE SACHET SRO ..... 1 2 8
b	Un liquide maison recommandé par le gouvernement?	LIQUIDE MAISON ..... 1 2 8	LIQUIDE MAISON ..... 1 2 8
476	Est-ce que quelque chose d'autre a été donné pour traiter la diarrhée?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 478) ◀ NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 478) ◀ NE SAIT PAS ..... 8
477	Qu'a-t-on donné pour traiter la diarrhée?  Quelque chose d'autre?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	COMPRIMÉ OU SIROP ..... A INJECTION ..... B (I.V.) INTRAVEINEUSE ..... C REMÈDES MAISON/PLANTES ..... D  AUTRE ..... X (PRÉCISER)	COMPRIMÉ OU SIROP ..... A INJECTION ..... B (I.V.) INTRAVEINEUSE ..... C REMÈDES MAISON/PLANTES ..... D  AUTRE ..... X (PRÉCISER)
478	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 480A) ◀	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 480A) ◀
479	Où avez-vous demandé un conseil ou recherché un traitement?  Quelque part ailleurs?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV//AGREE ..... A C.SANTE GOUV//AGREE ..... B DISPENSARE ..... C AGENT DBC ..... D AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ..... E  AUTRE PUBLIC ..... F (PRÉCISER)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G PHARMACIE ..... H MÉDECIN PRIVÉ ..... I CLINIQUE ARBEF ..... J INFIRMERIE ..... K AUTRE PRIVÉ. MEDICAL ..... L (PRÉCISER)  AUTRE SOURCE BOUTIQUE/KIOSQUE ..... M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL .. N  AUTRE ..... X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV//AGREE ..... A C.SANTE GOUV//AGREE ..... B DISPENSARE ..... C AGENT DBC ..... D AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ..... E  AUTRE PUBLIC ..... F (PRÉCISER)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G PHARMACIE ..... H MÉDECIN PRIVÉ ..... I CLINIQUE ARBEF ..... J INFIRMERIE ..... K AUTRE PRIVÉ. MEDICAL ..... L (PRÉCISER)  AUTRE SOURCE BOUTIQUE/KIOSQUE ..... M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL .. N  AUTRE ..... X (PRÉCISER)
480A	Est-ce que (NOM) dort d'habitude sous une moustiquaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
480B	Est-ce que ( NOM) a dormi sous une moustiquaire la nuit dernière?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 480G) ◀ NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 480G) ◀ NE SAIT PAS ..... 8
480C	Est-ce que la moustiquaire sous laquelle (NOM) a dormi la nuit dernière a été achetée au marché ou reçu gratuitement ?	ACHETE AU MARCHÉ ..... 1 RECU D'UNE ONG OU D'UNE ORGANISATION ..... 2  AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8	ACHETE AU MARCHÉ ..... 1 RECU D'UNE ONG OU D'UNE ORGANISATION ..... 2  AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
480D	<p>Depuis combien de temps avez-vous acheté ou reçu la moustiquaire ?</p> <p>SI PLUS DE 84 MOIS, CODER 95</p> <p>SI MOINS D'UN MOIS, INSCRIVEZ '00'.</p>	<p>NOMBRE DE MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS .....98</p>	<p>NOMBRE DE MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>
480E	<p>Est-ce que la moustiquaire a été imprégnée d'insecticide ou non depuis que vous l'avez eue ?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>(PASSER À 480G) ◀</p> <p>NE SAIT PAS..... 8</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>(PASSER À 480G) ◀</p> <p>NE SAIT PAS..... 8</p>
480F	<p>Depuis combien de temps la moustiquaire a-t-elle été imprégnée d'insecticide la dernière fois ?</p> <p>SI PLUS DE 84 MOIS, CODER 95</p> <p>SI MOINS D'UN MOIS, INSCRIVEZ '00'.</p>	<p>NOMBRE DE MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS .....98</p>	<p>NOMBRE DE MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>
480G		<p>RETOURNER À 453 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 481.</p>	<p>RETOURNER À 453 DANS LA DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 481.</p>

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER																								
481	<p>VÉRIFIER 453, TOUTES LES COLONNES:</p> <p>NOMBRE D'ENFANTS <u>VIVANTS</u> NÉS DEPUIS JANVIER 1995</p> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/></p>		→ 486																								
482	La dernière fois que vous avez nourri (votre/vos) enfant(s), avez-vous lavé vos mains juste avant de (le/les) nourrir?	OUI .....1 NON .....2 N'A JAMAIS NOURRI ENFANT(S) .....3																									
483	La dernière fois que vous avez nettoyé (votre enfant/un de vos enfants) après qu'il ait déféqué, avez-vous lavé vos mains immédiatement après?	OUI .....1 NON .....2 N'A JAMAIS NETTOYÉ ENFANT(S).....3																									
484	Que faites-vous généralement des excréments de votre (plus jeune) enfant quand il n'utilise pas de toilettes?	UTILISE TOUJOURS TOILETTES/ LATRINES .....01 JETTE DANS TOILETTES/LATRINES ...02 JETTE À L'EXTÉRIEUR DU LOGEMENT .....03 JETTE EN DEHORS DE LA COUR.....04 ENTERRE DANS LA COUR .....05 S'EN DÉBARRASSE EN LAVANT AVEC DE L'EAU .....06 NE S'EN DÉBARRASSE PAS .....07 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)																									
485	<p>VÉRIFIER 475a TOUTES LES COLONNES:</p> <p>AUCUN ENFANT N'A REÇU DE SACHET DE SRO <input type="checkbox"/> UN ENFANT A REÇU DES SACHETS DE SRO <input type="checkbox"/></p>		→ 487																								
486	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé [NOM LOCAL] que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée?	OUI .....1 NON .....2																									
487	<p>VÉRIFIER 218:</p> <p>A UN OU PLUSIEURS ENFANTS VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/> N'A PAS D'ENFANT VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/></p>		→ 489																								
488	<p>Quand (votre enfant/l'un de vos enfants) est sérieusement malade, pouvez-vous, vous-même, décider de prendre l'enfant pour qu'il soit traité médicalement?</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE RÉPOND QU'AUCUN ENFANT N'A JAMAIS ÉTÉ SÉRIEUSEMENT MALADE, DEMANDER:</p> <p>Si (votre enfant/ l'un de vos enfants) tombait sérieusement malade, pourriez-vous, vous-même, décider de prendre l'enfant pour qu'il soit traité médicalement?</p>	OUI .....1 NON .....2 CELA DÉPEND .....3																									
489	<p>Maintenant, je voudrais vous poser des questions concernant des soins médicaux pour vous-même.</p> <p>Différentes raisons peuvent empêcher les femmes d'obtenir des conseils ou des traitements médicaux pour elles-mêmes. Quand vous êtes malade et que vous voulez un conseil ou un traitement médical, est-ce que les questions suivantes constituent, pour vous, un gros problème, un problème mineur ou ne posent aucun problème?</p> <p>Savoir où aller.</p> <p>Obtenir la permission d'y aller.</p> <p>Obtenir l'argent nécessaire pour le traitement.</p> <p>Ne pas disposer d'un établissement de santé à proximité.</p> <p>Devoir prendre un moyen de transport.</p> <p>Ne pas vouloir s'y rendre seule.</p> <p>Souci qu'il n'y ait peut-être pas de personnel de santé de sexe féminin.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>GROS PROBLÈME</th> <th>PETIT PROBLÈME</th> <th>AUCUN PROBLÈME</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	GROS PROBLÈME	PETIT PROBLÈME	AUCUN PROBLÈME	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
GROS PROBLÈME	PETIT PROBLÈME	AUCUN PROBLÈME																									
1	2	3																									
1	2	3																									
1	2	3																									
1	2	3																									
1	2	3																									
1	2	3																									
1	2	3																									



NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER
491	Fumez-vous actuellement des cigarettes ou du tabac? SI OUI: Que fumez-vous?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	OUI, CIGARETTES.....A OUI, PIPE.....B OUI, AUTRE TABAC.....C NON .....Y	
492	VÉRIFIER 491:  CODE 'A' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ CODE 'A' PAS <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ		→ 494
493	Dans les dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumé?	CIGARETTES ..... <input type="text"/>	
494	La dernière fois que vous avez préparé le repas pour votre famille, vous êtes-vous lavé les mains avant de commencer?	OUI .....1 NON .....2 N'A JAMAIS PRÉPARÉ DE REPAS .....3	
494A	Savez-vous comment les gens attrapent le paludisme dans votre communauté ?	OUI .....1 NON .....2	→ 496
495	Comment peuvent-ils attraper le paludisme ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	QUAND IL FAIT FROID .....A QUAND IL FAIT CHAUD .....B CHANGEMENTS DE SAISON .....C MOUSTIQUES .....D EMBRASSADES .....E EXPOSITION AU SOLEIL .....F SORCELLERIE .....G  AUTRE .....X (PRÉCISER)	
496	Que pouvez-vous faire pour éviter d'attraper le paludisme ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	RESTER A L'INTERIEUR .....A RESTER SOUS UNE MOUSTIQUAIRE ..B EVITER PIQUES DE MOUSTIQUES...C UTILISER DES INSECTICIDES.....D BRULER LES FEUILLES/BOUSES.....E PORTER DES VETEMENTS CHAUDS...F PRENDRE DES ANTIPALUDIQUES .....G AUTRE .....X (PRÉCISER) NE SAIT PAS .....Z	→ 498
497	Combien de temps quelqu'un a t-il besoin de prendre de la chloroquine pour traiter le paludisme ?	NOMBRE DE JOURS ..... <input type="text"/>  NE SAIT PAS .....98	
498	VÉRIFIER 226:  ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> ENCEINTE PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SURE		► 498E
498A	Avez-vous souffert de la fièvre, à un moment quelconque, au cours des deux dernières semaines?	OUI .....1 NON .....2	► 498E
498B	Avez-vous pris des médicaments contre la fièvre?	OUI .....1 NON .....2	► 498E

NO.	QUESTIONS ET FILTRES		CODES		ALLER
498C	<p>Quels médicaments avez-vous pris ?</p> <p>DEMANDER À VOIR LE(S) MÉDICAMENT(S). SI PAS VU, MONTRER LE(S) MÉDICAMENT(S) À L'ENQUÊTÉE</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p> <p>POUR CHAQUE ANTI-PALUDIQUE, DEMANDER: Combien de temps après que la fièvre a commencé avez-vous commencé à prendre le (NOM DU MÉDICAMENT) ?</p> <p>CODES EN JOUR : MEME JOUR = 0 1 JOUR APRES FIEVRE = 1 2 JOURS APRES FIEVRE = 2 3 JOURS OU PLUS = 3</p>	<p>ANTIPALUDIQUES</p> <p>CHLOROQUINE .....A</p> <p>FANSIDAR .....B</p> <p>QUININE .....C</p> <p>AUTRES MÉDICAMENTS</p> <p>ASPIRINE.....D</p> <p>PARACETAMOL .....E</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	NOMBRE DE JOURS		
498D	Combien de fois avez-vous pris ce médicament?		<p>NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS .....98</p>		
498E	Avez-vous dormi sous une moustiquaire la nuit dernière?		<p>OUI .....1</p> <p>NON .....2</p>		► 501
498F	Est-ce que la moustiquaire sous laquelle vous avez dormi la nuit dernière a été achetée au marché ou reçue gratuitement ?		<p>ACHETÉE AU MARCHÉ.....1</p> <p>RECU D'UNE ONG OU D'UNE ORGANISATION.....2</p> <p>AUTRE .....6</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS .....8</p>		
498G	<p>Depuis combien de temps avez-vous acheté ou reçu la moustiquaire ?</p> <p>SI PLUS DE 84 MOIS, CODER 95</p>		<p>NOMBRE DE MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS .....98</p>		
498H	Est-ce que la moustiquaire a été imprégnée d'insecticide ou non depuis que vous l'avez eue ?		<p>OUI .....1</p> <p>NON .....2</p> <p>NE SAIT PAS .....8</p>		► 501
498I	<p>Depuis combien de temps la moustiquaire a-t-elle été imprégnée d'insecticide la dernière fois ?</p> <p>SI PLUS DE 84 MOIS, CODER 95</p>		<p>NOMBRE DE MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS .....98</p>		

# SECTION 5. MARIAGE ACTIVITÉ SEXUELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À	
501	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous actuellement avec un homme?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE..... 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME ..... 2 NON, PAS EN UNION ..... 3	→ 505	
502	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE..... 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME..... 2 NON ..... 3	→ 507 → 514	
503	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE ..... 1 DIVORCÉE ..... 2 SÉPARÉE ..... 3	→ 507	
505	Est-ce que votre mari/ partenaire vit actuellement avec vous, ou vit-il ailleurs?	VIT AVEC ELLE ..... 1 VIT AILLEURS ..... 2		
506	ENREGISTRER LE NOM DU MARI/PARTENAIRE ET SON NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEUILLE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE, ENREGISTRER '00'. NOM ..... No DE LIGNE .....			
506A	Est-ce que votre mari/ partenaire a d'autres épouses/ femmes en plus de vous-même?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 507	
506B	Combien d'autres femmes a-t-il?	NOMBRE ..... NE SAIT PAS ..... 98	→ 507	
506C	Êtes-vous la première, seconde, .... femme?	RANG.....		
507	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une fois ou plus d'une fois?	UNE FOIS ..... 1 PLUS D'UNE FOIS ..... 2		
508	VÉRIFIER 507: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS ▼           </div> <div style="text-align: center;">             MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS ▼           </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">             En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/ partenaire?           </div> <div style="width: 45%;">             Maintenant, nous allons parler de votre premier mari/ partenaire. En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui?           </div> </div>		MOIS ..... NE SAIT PAS LE MOIS ..... 98 ANNÉE..... NE SAIT PAS L'ANNÉE ..... 9998	→ 511
509	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à vivre avec lui?	ÂGE.....		
511	VÉRIFIER 501: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE OU VIT AVEC UN HOMME ▼           </div> <div style="text-align: center;">             NON, PAS EN UNION           </div> </div>		→ 514	
512	VÉRIFIER 311/311A: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             N'IMPORTE QUEL CODE ENCERCLÉ ▼           </div> <div style="text-align: center;">             AUCUN CODE ENCERCLÉ           </div> </div>		→ 514	
513	Vous m'avez dit que vous utilisez actuellement la contraception. Diriez-vous que la décision d'utiliser la contraception vient principalement de vous-même, principalement de votre mari/ partenaire, ou avez-vous décidé ensemble?	PRINCIPALEMENT ENQUÊTÉE..... 1 PRINCIPAL. MARI/PARTENAIRE ..... 2 DÉCISION COMMUNE..... 3 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER)		

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A																
514	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes de la vie familiale?  Quel âge aviez-vous quand vous avez eu vos premiers rapports sexuels (si vous en avez-eus)?	JAMAIS ..... 00  ÂGE EN ANNÉES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>  1ère FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (1er) MARI/PARTENAIRE ..... 95					→ 524												
515	Il y a combien de temps que vous avez eu vos derniers rapports sexuels?  ENREGISTRER EN "NOMBRE D'ANNÉES" SEULEMENT SI LES DERNIERS RAPPORTS ONT EU LIEU IL Y A UN AN OU PLUS.	NOMBRE DE JOURS..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NOMBRE DE SEMAINES ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NOMBRE DE MOIS..... 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NOMBRE D'ANNÉES..... 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																	→ 524
516	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 517																
516A	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion?	ENQUÊTÉE VEUT ÉVITER MST/SIDA .. 1 ENQ. VEUT ÉVITER GROSSESSE ..... 2 ENQ. VEUT ÉVITER À LA FOIS MST/SIDA ET GROSSESSE ..... 3 N'AVAIT PAS CONFIANCE DANS PARTENAIRE /SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRES ..... 4 PARTENAIRE A DEMANDÉ/INSISTÉ .... 5  AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8																	
517	Quelle est votre relation avec l'homme avec qui vous avez eu vos derniers rapports sexuels?  SI "PETIT AMI" OU "FIANCÉ", DEMANDER:  Votre petit ami/ fiancé vivait-il avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec lui?  SI "OUI", ENREGISTRER '1' SI "NON", ENREGISTRER '2'	C'EST MON MARI/PARTENAIRE COHABITANT ..... 1 C'EST MON AMI/FIANCÉ ..... 2 C'EST UN AUTRE AMI ..... 3 C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL. .... 4 C'EST UN PARENT ..... 5 C'EST UN CLIENT (PROSTITUTION) .... 6  AUTRE ..... 7 (PRÉCISER)	→ 519																
518	Depuis combien de temps avez-vous des relations sexuelles avec cet homme? Ou pendant combien de temps avez-vous des relations sexuelles avec cet homme?	JOURS ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAINES ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MOIS ..... 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANNÉES..... 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																	
519	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 524																
520	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec un autre homme, est-ce qu'un condom a été utilisé?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 521																
520A	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion?	ENQUÊTÉE VEUT ÉVITER MST/SIDA .. 1 ENQ. VEUT ÉVITER GROSSESSE ..... 2 ENQ. VEUT ÉVITER À LA FOIS MST/SIDA ET GROSSESSE ..... 3 N'AVAIT PAS CONFIANCE DANS PARTENAIRE /SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRES ..... 4 PARTENAIRE A DEMANDÉ/INSISTÉ .... 5  AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8																	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
521	<p>Quelle est votre relation avec cet homme?</p> <p>SI "PETIT AMI" OU "FIANCÉ", DEMANDER:</p> <p>Votre petit ami/ fiancé vivait-il avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec lui?</p> <p>SI "OUI", ENREGISTRER '1' SI "NON", ENREGISTRER '2'</p>	<p>C'EST MON MARI/PARTENAIRE COHABITANT ..... 1 C'EST MON AMI/FIANCÉ ..... 2 C'EST UN AUTRE AMI ..... 3 C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL. .... 4 C'EST UN PARENT ..... 5 C'EST UN CLIENT (PROSTITUTION) .... 6</p> <p>AUTRE ..... 7 (PRÉCISER)</p>	→ 522A
522	<p>Depuis combien de temps avez-vous des relations sexuelles avec cet homme? Ou pendant combien de temps avez-vous des relations sexuelles avec cet homme?</p>	<p>JOURS ..... 1</p> <p>SEMAINES ..... 2</p> <p>MOIS ..... 3</p> <p>ANNÉES ..... 4</p>	
522A	<p>Mis à part ces deux hommes, avez- vous des relations sexuelles avec quelqu'un d'autre au cours des 12 derniers mois ?</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>	→ 524
522B	<p>La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cet autre homme, un condom a t-il été utilisé?</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>	→ 522D
522C	<p>Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion?</p>	<p>ENQUÊTÉE VEUT ÉVITER MST/SIDA .. 1 ENQ. VEUT ÉVITER GROSSESSE ..... 2 ENQ. VEUT ÉVITER À LA FOIS MST/SIDA ET GROSSESSE ..... 3 N'AVAIT PAS CONFIANCE DANS PARTENAIRE /SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRES ..... 4 PARTENAIRE A DEMANDÉ/INSISTÉ .... 5</p> <p>AUTRE ..... 6 (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
522D	<p>Quelle est votre relation avec cet homme?</p> <p>SI "PETIT AMI" OU "FIANCÉ", DEMANDER:</p> <p>Votre petit ami/ fiancé vivait-il avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec lui?</p> <p>SI "OUI", ENREGISTRER '1' SI "NON", ENREGISTRER '2'</p>	<p>C'EST MON MARI/PARTENAIRE COHABITANT ..... 1 C'EST MON AMI/FIANCÉ ..... 2 C'EST UN AUTRE AMI ..... 3 C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL. .... 4 C'EST UN PARENT ..... 5 C'EST UN CLIENT (PROSTITUTION) .... 6</p> <p>AUTRE ..... 7 (PRÉCISER)</p>	→ 523
522E	<p>Depuis combien de temps avez-vous des relations sexuelles avec cet homme? Ou pendant combien de temps avez-vous des relations sexuelles avec cet homme?</p>	<p>JOURS ..... 1</p> <p>SEMAINES ..... 2</p> <p>MOIS ..... 3</p> <p>ANNÉES ..... 4</p>	
523	<p>En tout, avec combien d'hommes différents avez-vous eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois?</p>	<p>NOMBRE DE PARTENAIRES ...</p>	
524	<p>Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms?</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>	→ 601

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A			
525	<p>Où est-ce?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Aucun autre endroit?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV/AGREE ..... A</p> <p>C. DE SANTÉ GOUV/AGREE ..... B</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ..... C</p> <p>AGENT DBC ..... D</p> <p>AUTRE PUBLIC ..... E</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ ..... F</p> <p>PHARMACIE ..... G</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... H</p> <p>CLINIQUE ARBEF ..... I</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MEDICAL ..... J</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/QUIOSQUE ..... K</p> <p>ÉGLISE ..... L</p> <p>PARENTS/AMIS ..... M</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>(PRÉCISER)</p>				
526	Si vous le souhaitez, pourriez-vous vous procurer vous-même un condom?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS/N" EST PAS SÛRE ..... 8</p>				
530	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer des condoms en allant à pied ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 601			
531	Où est-ce ?	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV/AGREE ..... 11</p> <p>C. DE SANTÉ GOUV/AGREE ..... 12</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ..... 13</p> <p>AGENT DBC ..... 15</p> <p>AUTRE PUBLIC ..... 16</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ ..... 21</p> <p>PHARMACIE ..... 22</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... 23</p> <p>CLINIQUE ARBEF ..... 24</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MEDICAL ..... 26</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/QUIOSQUE ..... 31</p> <p>ÉGLISE ..... 32</p> <p>PARENTS/AMIS ..... 33</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>				
532	Combien de temps faut-il pour aller à l'endroit le plus proche à pied afin de se procurer un condom ?	<p>MINUITES..... <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><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>SUR PLACE 996</p>				

## SECTION 6. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
601	<b>VÉRIFIER 311/311A:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;"> NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> ▼ </div> <div style="text-align: center;"> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> _____ </div> </div>		→ 614
602	<b>VÉRIFIER 226:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;"> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ▼ </div> <div style="text-align: center;"> ENCEINTE <input type="checkbox"/> ▼ </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (un autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autre) enfant? </div> <div style="width: 45%;"> 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'autre enfant? </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> AVOIR UN (AUTRE) ENFANT ..... 1  PAS D'AUTRE/AUCUN ..... 2  DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE..... 3  PAS ENCEINTE/PAS SÛRE ET INDÉCISE/NE SAIT PAS ..... 4  ENCEINTE ET INDÉCISE/ NE SAIT PAS ..... 5 </div> <div style="width: 45%;"> → 604 → 609 → 608 → 610 </div> </div>	
603	<b>VÉRIFIER 226:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;"> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ▼ </div> <div style="text-align: center;"> ENCEINTE <input type="checkbox"/> ▼ </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant? </div> <div style="width: 45%;"> Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant? </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> MOIS ..... 1 <input style="width: 40px;" type="text"/>  ANNÉES ..... 2 <input style="width: 40px;" type="text"/> </div> <div style="width: 45%;"> BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993  DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE... 994  APRÈS MARIAGE ..... 995  AUTRE ..... 996  (PRÉCISER)  NE SAIT PAS ..... 998 </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> → 609 </div>	
604	<b>VÉRIFIER 226:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;"> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ▼ </div> <div style="text-align: center;"> ENCEINTE <input type="checkbox"/> _____ </div> </div>		→ 610
605	<b>VÉRIFIER 310: UTILISE UNE MÉTHODE?</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;"> NON POSÉE <input type="checkbox"/> ▼ </div> <div style="text-align: center;"> N'UTILISE PAS ACTUEL- LEMENT <input type="checkbox"/> ▼ </div> <div style="text-align: center;"> UTILISE AC- TUELLEMENT <input type="checkbox"/> _____ </div> </div>		→ 608
606	<b>VÉRIFIER 603:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;"> NON POSÉE <input type="checkbox"/> ▼ </div> <div style="text-align: center;"> 24 MOIS OU PLUS OU 2 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/> ▼ </div> <div style="text-align: center;"> 00-23 MOIS OU 00-01 ANNÉE <input type="checkbox"/> _____ </div> </div>		→ 610

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
607	<p>VÉRIFIER 602:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>VEUT UN/UN AUTRE ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>Vous avez dit que, dans l'immédiat, vous ne vouliez pas avoir (un/ un autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse. Pouvez-vous me dire pourquoi?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <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. Pouvez-vous me dire pourquoi?</p> </div> </div> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</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>AMÉNORRHÉE 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</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS .....Z</p>	
608	Dans les semaines qui viennent, si vous découvriez que vous êtes enceinte, cela serait-il un problème important, un petit problème ou cela ne vous poserait-il aucun problème?	<p>PROBLÈME IMPORTANT .....1</p> <p>PETIT PROBLÈME .....2</p> <p>AUCUN PROBLÈME .....3</p> <p>DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE .....4</p>	
609	<p>VÉRIFIER 310: UTILISE UNE MÉTHODE?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>NON POSÉE <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>OUI, UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p> </div> </div>		→ 614
610	Pensez-vous que, dans l'avenir, vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse?	<p>OUI .....1</p> <p>NON .....2</p> <p>NE SAIT PAS .....8</p>	→ 612
611	Quelle méthode préféreriez-vous utiliser?	<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</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>PAS SÛRE/NE SAIT PAS .....98</p>	→ 614



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
612	Quelle est la raison principale pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez pas de méthode dans l'avenir?	NON MARIÉE ..... 11  RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ PAS DE RAP. SEXUELS/RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS ..... 22 MÉNOPAUSE//HYSTÉRECTOMIE..... 23 SOUS-FÉCONDE/STÉRILE ..... 24 VEUT AUTANT D'ENFANTS QUE POSSIBLE..... 26  OPPOSITION À L'UTILISATION ENQUÊTÉE OPPOSÉE ..... 31 MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ ..... 32 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES .. 33 INTERDITS RELIGIEUX ..... 34  MANQUE DE CONNAISSANCE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE ..... 41 CONNAÎT AUCUNE SOURCE..... 42  RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES PROBLÈMES DE SANTÉ ..... 51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES . 52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN ..... 53 TROP CHER ..... 54 PAS PRATIQUE À UTILISER ..... 55 INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NATURELLES DU CORPS..... 56  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 98	→ 614
613	Utiliserez-vous une méthode si vous étiez mariée?	OUI ..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
614	VÉRIFIER 216: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;">             A DES EN- FANTS VIVANTS <input type="text"/>              ↓              Si vous pouviez revenir à l'époque ou vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ?           </div> <div style="text-align: center;">             N'A PAS D'EN- FANT VIVANT <input type="text"/>              ↓              Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir?           </div> </div> INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.	NOMBRE ..... <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	→ 616
615	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?	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;">             GARÇONS              NOMBRE.... <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> </div> <div style="text-align: center;">             FILLES              NOMBRE.... <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> </div> <div style="text-align: center;">             N'IMPORT              NOMBRE.... <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> </div> </div> AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	
616	Diriez-vous que vous approuvez ou que vous désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter de tomber enceinte?	APPROUVE..... 1 DÉSAPPROUVE ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 3	
617	Au cours des derniers mois, avez-vous entendu parler de planification familiale: À la radio? À la télévision? Dans des journaux ou magazines?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div></div> <div>OUI</div> <div>NON</div> </div> RADIO ..... 1 2 TÉLÉVISION ..... 1 2 JOURNAUX OU MAGAZINES ..... 1 2	
619	Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la pratique de la planification familiale avec vos ami(e)s, vos voisin(e)s ou vos parent(e)s?	OUI ..... 1 NON..... 2	→ 621

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
620	<p>Avec qui en avez-vous discuté?</p> <p>Quelqu'un d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MARI/PARTENAIRE.....A</p> <p>MÈRE .....B</p> <p>PÈRE.....C</p> <p>SOEUR(S) .....D</p> <p>FRÈRES(S) .....E</p> <p>FILLE .....F</p> <p>FILS.....G</p> <p>BELLE-MÈRE.....H</p> <p>AMI(E)S/VOISIN(E)S.....I</p> <p>AUTRE .....X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
621	<p>VÉRIFIER 501:</p> <p>OUI, ACTUEL- LEMENT MARIÉE <input type="checkbox"/></p> <p>OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/></p>		→ 625
622	<p>Maintenant je voudrais vous parler des opinions de votre mari/ partenaire en matière de planification familiale.</p> <p>Pensez-vous que votre mari/ partenaire approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?</p>	<p>APPROUVE.....1</p> <p>DÉSAPPROUVE .....2</p> <p>NE SAIT PAS .....8</p>	
623	<p>Combien de fois, au cours des 12 derniers mois, avez-vous parlé de la planification familiale avec votre mari/ partenaire?</p>	<p>JAMAIS.....1</p> <p>UNE OU DEUX FOIS .....2</p> <p>PLUS SOUVENT .....3</p>	
624	<p>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?</p>	<p>MÊME NOMBRE .....1</p> <p>PLUS D'ENFANTS .....2</p> <p>MOINS D'ENFANTS .....3</p> <p>NE SAIT PAS .....8</p>	
625	<p>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 normal qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari/ partenaire quand:</p> <p>Elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur à ça?</p> <p>Elle a accouché récemment?</p> <p>Elle sait que son mari/ partenaire a des rapports sexuels avec d'autres femmes?</p> <p>Elle sait que son mari/ partenaire a une maladie sexuellement transmissible?</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>FATIGUÉE/PAS HUMEUR.... 1 2 8</p> <p>ACCOUCHE. RÉCENT ..... 1 2 8</p> <p>AUTRES FEMMES..... 1 2 8</p> <p>IL A UNE MST ..... 1 2 8</p>	

# SECTION 7. CARACTÉRISTIQUES DU CONJOINT ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
701	<p>VÉRIFIER 501 ET 502:</p> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 703</p> <p>→ 707</p>
702	<p>Quel âge a eu votre mari/ partenaire à son dernier anniversaire?</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ... <input type="text"/></p>	
703	<p>Est-ce que votre (dernier) mari/ partenaire a fréquenté l'école?</p>	<p>OUI .....1</p> <p>NON .....2</p>	→ 706
704	<p>Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint : Primaire, post-primaire, secondaire ou supérieur?</p>	<p>PRIMAIRE .....1</p> <p>POST-PRIMAIRE .....2</p> <p>SECONDAIRE .....3</p> <p>SUPÉRIEUR .....4</p> <p>NE SAIT PAS .....8</p>	→ 706
705	<p>Quelle est la dernière (classe/ année) qu'il a achevé à ce niveau?</p>	<p>CLASSE/ANNÉE..... <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS..... 8</p>	
706	<p>VÉRIFIER 701:</p> <p>ACTUEL. MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>A ÉTÉ MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>Quelle est l'occupation de votre mari/ partenaire? C'est-à-dire, quel genre de travail fait-il principalement?</p> <p>Quelle était l'occupation de votre (dernier) mari/ partenaire? C'est-à-dire, quel genre de travail faisait-il principalement?</p>	<p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>	
707	<p>En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous travaillez actuellement?</p>	<p>OUI .....1</p> <p>NON .....2</p>	→ 710
708	<p>Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille. Faites-vous en ce moment quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail?</p>	<p>OUI .....1</p> <p>NON .....2</p>	→ 710
709	<p>Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois?</p>	<p>OUI .....1</p> <p>NON .....2</p>	→ 719
710	<p>Quelle est votre occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail faites-vous principalement?</p>	<p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>	
711	<p>VÉRIFIER 710:</p> <p>TRAVAILLE DANS AGRICULTURE <input type="checkbox"/></p> <p>NE TRAVAILLE PAS DANS AGRICULTURE <input type="checkbox"/></p>		→ 713
712	<p>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?</p>	<p>PROPRE TERRE .....1</p> <p>TERRE DE LA FAMILLE .....2</p> <p>TERRE LOUÉE .....3</p> <p>TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE .....4</p> <p>TERRE DE MOITIÉ .....5</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
713	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre, ou êtes-vous à votre compte?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE.....1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE.....2 À SON COMPTE.....3	
714	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	
715	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	718
716	Qui décide principalement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME .....1 MARI/PARTENAIRE .....2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE .....3 QUELQU'UN D'AUTRE .....4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE ENSEMBLE .....5	
717	En moyenne, quelle part des dépenses de votre ménage est payée par ce que vous gagnez : presque rien, moins de la moitié, à peu près la moitié, plus de la moitié ou la totalité?	PRESTQUE RIEN .....1 MOINS DE LA MOITIÉ.....2 À PEU PRÈS LA MOITIÉ .....3 PLUS DE LA MOITIÉ .....4 LA TOTALITÉ .....5 RIEN, TOUT SON REVENU EST GARDÉ.6	
718	Travaillez-vous habituellement à la maison ou loin de la maison?	À LA MAISON .....1 LOIN DE LA MAISON .....2	
719	Dans votre famille, qui a généralement le dernier mot dans les décisions suivantes:  Vos propres soins de santé?  Les achats de choses importantes pour le ménage?  Les achats pour les besoins quotidiens du ménage?  Les visites à la famille, aux amis ou parents?  Quelle nourriture sera préparée chaque jour?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME = 1 MARI/PARTENAIRE = 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE, ENSEMBLE = 3 QUELQU'UN D'AUTRE = 4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE, ENSEMBLE = 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE = 6  SOINS 1 2 3 4 5 6  CHO. IMP. 1 2 3 4 5 6  QUOTID. 1 2 3 4 5 6  VISITES 1 2 3 4 5 6  NOURRIT. 1 2 3 4 5 6	
720	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE MOMENT (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS, OU PAS PRÉSENTES)	PRÉS./ ÉCOUTE PRÉS./ ÉCOUTE PAS PAS PRÉS. ENFANTS <10 1 2 8 MARI 1 2 8 AUTRES HOMMES 1 2 8 AUTRES FEMMES 1 2 8	
721	Parfois un mari est contrarié ou en colère à cause de certaines choses que fait sa femme. À votre avis, est-il normal qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes:  Si elle sort sans le lui dire?  Si elle néglige les enfants?  Si elle discute ses opinions?  Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui?  Si elle brûle la nourriture?	OUI NON NSP SORTIR 1 2 8 NÉGL. ENFANTS 1 2 8 DISCUTER 1 2 8 REFUSER SEX. 1 2 8 BRÛLER NOUR. 1 2 8	

**SECTION 8. SIDA ET AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES**

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
801	Maintenant, je voudrais vous parler de quelque chose d'autre. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée SIDA?	OUI .....1 NON .....2	→ 818
802	Y-a-t-il quelque chose qu'une personne peut faire pour éviter de contracter le SIDA ou le virus qui cause le SIDA?	OUI .....1 NON .....2 NE SAIT PAS .....8	1 → 809
803	Que peut-on faire?  Quelque chose d'autre?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEX. .... A UTILISER DES CONDOMS ..... B LIMITER RAPPORTS SEX. À UN PARTENAIRE /RESTER FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIRE ..... C LIMITER LE NOMBRE DE PARTE- NAIRES SEXUELS ..... D ÉVITER RAP. SEX. PROSTITUÉES ..... E ÉVITER RAP. SEX. AVEC PERSONNES AYANT BEAUCOUP PARTENAIRE ..... F ÉVITER RAP. SEX. HOMOSEXUELS ..... G ÉVITER RAP. SEX. AVEC PERSONNES QUI SE FONT DES INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE DROGUES .... H ÉVITER TRANSFUSIONS SANG ..... I ÉVITER INJECTIONS ..... J ÉVITER D'EMBRASSER ..... K ÉVITER PIQÛRES MOUSTIQUES ..... L CHERCHER PROTECTION DES GUÉRISSEURS TRADITIONNELS ..... M ÉVITER PARTAGER RASOIRS/LAMES.. N  AUTRE ..... W (PRÉCISER)  AUTRE ..... X (PRÉCISER)  NE SAIT PAS ..... Z	
804	Est-ce qu'on peut se protéger du virus du SIDA en ayant seulement un partenaire sexuel qui n'a aucun autre partenaire?	OUI .....1 NON .....2 NE SAIT PAS .....8	
805	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA en se faisant piquer par des moustiques?	OUI .....1 NON .....2 NE SAIT PAS .....8	
806	Est-ce qu'on peut se protéger du virus SIDA en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels?	OUI .....1 NON .....2 NE SAIT PAS .....8	
807	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA en partageant la nourriture de quelqu'un atteint du SIDA?	OUI .....1 NON .....2 NE SAIT PAS .....8	
808	Est-ce qu'on peut se protéger du virus du SIDA en s'abstenant complètement de rapports sexuels	OUI .....1 NON .....2 NE SAIT PAS .....8	
809	Est-il possible qu'une personne apparemment en bonne santé ait en fait le virus du SIDA?	OUI .....1 NON .....2 NE SAIT PAS .....8	
811	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a le virus du SIDA ou quelqu'un qui est décédé du SIDA?	OUI .....1 NON .....2	
812	Est-ce que le virus qui cause le SIDA peut être transmis de la mère à l'enfant?	OUI .....1 NON .....2 NE SAIT PAS .....8	1 → 814

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
813A	Quand le virus qui cause le SIDA peut-il être transmis par la mère à l'enfant? Peut-il être transmis:  Durant la grossesse? Durant l'accouchement? Durant l'allaitement?	OUI NON NSP DURANT GROSSESSE ..... 1 2 8 DURANT ACCOUCHEM. .... 1 2 8 DURANT ALLAITEMENT .... 1 2 8	
814	VÉRIFIER 501:  OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> NON, PAS EN UNION NE VIT PAS AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>		→ 815A
815	Avez-vous déjà parler des moyens d'éviter de contracter le virus du SIDA avec (votre mari /la personne avec qui vous vivez)	OUI .....1 NON.....2	
815A	À votre avis, est-il admissible ou inadmissible de parler du SIDA:  À la radio ? À la télévision? Dans les journaux?	PAS ADMIS- ADMIS- SIBLE SIBLE À LA RADIO..... 1 2 À LA TV ..... 1 2 DANS LES JOURNAUX ... 1 2	
816	Si une personne apprend qu'elle est infecté par le virus qui cause le SIDA, cette personne devrait-elle être autorisée à garder son état secret ou cette information devrait-elle être communiquée à la communauté?	PEUT ÊTRE GARDÉ SECRET .....1 COMMUNIQUÉ À LA COMMUNAUTÉ .....2 NSP/PAS SÛRE .....8	
817	Si quelqu'un de votre famille contractait le virus qui cause le SIDA, seriez-vous prête à prendre soin de lui ou d'elle dans votre propre ménage?	OUI .....1 NON.....2 NSP/PAS SÛRE /CELA DÉPEND.....8	
817A	Est-ce que les personnes atteintes du SIDA et qui travaillent avec d'autres personnes dans des boutiques, des bureaux, ou dans des fermes, devraient être autorisées ou non à continuer leur travail ?	PEUT CONTINUER À TRAVAILLER .....1 PAS CONTINUER À TRAVAILLER.....2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND.....8	
817B	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants âgés de 12 à 14 ans concernant l'utilisation du condom pour éviter de contracter le SIDA?	OUI .....1 NON.....2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND.....8	
817C	Avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le virus du SIDA?	OUI .....1 NON.....2	→ 817FX
817D	Voudriez-vous effectuer un test pour le virus du SIDA?	OUI .....1 NON.....2 NE SAIT PAS /PAS SÛRE .....8	
817E	Connaissez-vous un endroit où vous pourriez effectuer un test pour le SIDA?	OUI .....1 NON.....2	→ 818
817F	Où pouvez-vous aller pour ce test?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENTAL .....A CENTRE DE SANTÉ GOUV. ....B CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ..... C CLINIQUE MOBILE ..... D AGENT DE TERRAIN .....E AUTRE PUBLIC .....F (PRÉCISER)	
817F X	Où êtes vous allée pour ce test?  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)  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ ..... G PHARMACIE ..... H MÉDECIN PRIVÉ ..... I CLINIQUE MOBILE ..... J AGENT DE TERRAIN .....K AUTRE PRIVÉ MEDICAL ..... L (PRÉCISER)  AUTRE SOURCE BOUTIQUE ..... M ÉGLISE..... N PARENTS/AMIS..... O  AUTRE ..... X (PRÉCISER)	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
818	(Mis à part le SIDA), avez-vous entendu parler d'(autres) infections qui peuvent être transmises par contact sexuel?	OUI .....1 NON .....2	→ 901
819	<p>Chez un homme, quels sont les signes ou symptômes qui vous feront penser qu'il a une telle infection?</p> <p>Aucun autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	DOULEURS ABDOMINALES ..... A ÉCOULEMENT/PERTE GÉNITALE/ ..... B ÉCOULEMENT MALODORANT ..... C BRÛLURES URINAIRES ..... D ROUGEURS/INFLAMMATION DE LA ZONE GÉNITALE ..... E GONFLEMENT DE LA ZONE GÉNITALE F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL ..... G VERRUE GÉNITALE ..... H SANG DANS LES URINES ..... I PERTE DE POIDS ..... J IMPUISSANCE ..... K PAS DE SYMPTÔMES ..... L  AUTRE ..... W (PRÉCISER)  AUTRE ..... X (PRÉCISER)  NE SAIT PAS ..... Z	
820	<p>Chez une femme, quels sont les signes et symptômes qui vous feront penser qu'elle a une telle infection?</p> <p>Aucun autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	DOULEURS ABDOMINALES ..... A ÉCOULEMENT/PERTES VAGINALES ..... B PERTES MALODORANTES ..... C BRÛLURES URINAIRES ..... D ROUGEURS/INFLAMMATION DE LA ZONE GÉNITALE ..... E GONFLEMENT DE LA ZONE GÉNITALE F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL ..... G VERRUE GÉNITALE ..... H SANG DANS LES URINES ..... I PERTE DE POIDS ..... J INCAPACITÉ DE DONNER NAISSANCE K PAS DE SYMPTÔMES ..... L  AUTRE ..... W (PRÉCISER)  AUTRE ..... X (PRÉCISER)  NE SAIT PAS ..... Z	
820A	VÉRIFIER 514:  A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A PAS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>		→ 901
820B	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois.  Au cours des 12 derniers mois, avez vous eu une maladie sexuellement transmissible?	OUI .....1 NON .....2 NE SAIT PAS .....8	
820C	Parfois, les femmes peuvent avoir des pertes vaginales.  Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales?	OUI .....1 NON .....2 NE SAIT PAS .....8	
820D	Parfois, les femmes peuvent avoir une plaie ou un ulcère génital?  Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital?	OUI .....1 NON .....2 NE SAIT PAS .....8	
820E	VÉRIFIEZ 820B, 820C, 820D:  A EU UNE INFECTION <input type="checkbox"/> N'A PAS EU D'INFECTION <input type="checkbox"/>		→ 901
820F	La dernière fois que vous avez eu (INFECTION DE 820B, 820C, 820D), avez-vous recherché un conseil ou un traitement?	OUI .....1 NON .....2	→ 820H

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
820G	La dernière fois que vous avez eu (INFECTION DE 820B, 820C, 820D) avez-vous fait l'une des choses suivantes? Avez vous....  Recherché conseil auprès de personnel de la santé dans une clinique ou un hôpital? Recherché conseil ou un traitement auprès d'un guérisseur traditionnel? Recherché conseil ou acheté des médicaments dans une boutique ou dans une pharmacie? Recherché conseil auprès d'amis ou de parents?	OUI    NON  1        2 1        2 1        2 1        2	
820H	Quand vous avez eu (INFECTION DE 820B, 820C, 820D), en avez vous informé la/ les personne(s) avec qui vous avez des rapports sexuels?	OUI .....1 NON .....2 CERTAINES PERSONNES/ PAS TOUTES .....3	
820I	Quand vous avez eu (INFECTION DE 820B, 820C, 820D) avez vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre(vos) partenaire (s) sexuel(s)?	OUI .....1 NON .....2 PARTENAIRE DÉJÀ INFECTÉ .....3	1 ► 901
820J	Qu'avez vous fait pour éviter d'infecter votre (vos) partenaire(s)? Avez vous....  Arrêté les rapports sexuels? Utilisé un condom pendant les rapports sexuels? Pris des médicaments?	OUI    NON  1        2 1        2 1        2	



# SECTION 9. MORTALITÉ MATERNELLE

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
901	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, y compris ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés. <b>À combien d'enfants votre propre mère a-t-elle donné naissance, y compris vous-même?</b>	NOMBRE DE NAISSANCES DE LA MÈRE NATURELLE ..... <input type="text"/>	
902	VÉRIFIER 901:  DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/> UNE NAISSANCE SEULEMENT <input type="checkbox"/> (ENQUÊTÉE SEULE)		→ 914
903	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES ..... <input type="text"/>	
904	Quel nom a été donné à votre frère ou soeur le plus âgé (ou suivant)?	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	
905	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	MASCULIN ... 1 FÉMININ ..... 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ ..... 2
906	Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ↳ ALLER 908 NSP ..... 8 ↳ ALLER À [2]	OUI ..... 1 NON ..... 2 ↳ ALLER 908 NSP ..... 8 ↳ ALLER À [3]
907	Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> ALLER À [3]
908	Combien y-a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e)?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
909	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [2]	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [3]
910	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée?	OUI ..... 1 ALLER 913 NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLER 913 NON ..... 2
911	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement?	OUI ..... 1 ALLER 913 NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLER 913 NON ..... 2
912	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
913	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie (avant cette grossesse)?	<input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> ALLER À [3]

SI PLUS DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À 914							
904	Quel nom a été donné à votre frère ou soeur le plus âgé (celui suivant)?	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]	[12]
905	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	MASCULIN ...1 FÉMININ .....2	MASCULIN... 1 FÉMININ..... 2	MASCULIN ...1 FÉMININ .....2	MASCULIN... 1 FÉMININ ..... 2	MASCULIN... 1 FÉMININ ..... 2	MASCULIN . 1 FÉMININ ..... 2
906	Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI.....1 NON .....2 ↳ ALLER 908 NSP.....8 ↳ ALLER À [8]	OUI ..... 1 NON ..... 2 ↳ ALLER 908 NSP ..... 8 ↳ ALLER À [9]	OUI .....1 NON .....2 ↳ ALLER 908 NSP ..... 8 ↳ ALLER À [10]	OUI..... 1 NON ..... 2 ↳ ALLER 908 NSP ..... 8 ↳ ALLER À [11]	OUI ..... 1 NON..... 2 ↳ ALLER 908 NSP ..... 8 ↳ ALLER À [12]	OUI..... 1 NON ..... 2 ↳ ALLER 908 NSP..... 8 ↳ ALLER À [13]
907	Quel âge a (NOM)?	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [8]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [9]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [10]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [11]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [12]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [13]
908	Combien y-a-t-il d'années que (NOM) est décédé?	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
909	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e)?	<div><div></div><div></div></div> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [8]	<div><div></div><div></div></div> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [9]	<div><div></div><div></div></div> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [10]	<div><div></div><div></div></div> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [11]	<div><div></div><div></div></div> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [12]	<div><div></div><div></div></div> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [13]
910	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée?	OUI.....1 ALLER 913↙ NON .....2	OUI ..... 1 ALLER 913↙ NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLER 913↙ NON ..... 2	OUI..... 1 ALLER 913↙ NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLER 913↙ NON..... 2	OUI..... 1 ALLER 913↙ NON ..... 2
911	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement?	OUI.....1 ALLER 913↙ NON .....2	OUI ..... 1 ALLER 913↙ NON ..... 2	OUI .....1 ALLER 913↙ NON ..... 2	OUI..... 1 ALLER 913↙ NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLER 913↙ NON..... 2	OUI..... 1 ALLER 913↙ NON ..... 2
912	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou 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
913	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie (avant cette grossesse)?	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [8]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [9]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [10]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [11]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [12]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [13]
SI PLUS DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À 914							
914	ENREGISTRER L'HEURE.					HEURES ..... <div><div></div><div></div></div> MINUTES ..... <div><div></div><div></div></div>	

INSTRUCTIONS :  
UN SEUL CODE DOIT FIGURER PAR CASE.

NAISSANCES ET GROSSESSES

N NAISSANCE  
G GROSSESSE  
F FIN DE GROSSESSE

12 DÉC	01	
11 NOV	02	
10 OCT	03	
09 SEP	04	
1 08 AOUT	05	
9 07 JUIL	06	
9 06 JUIN	07	
9 05 MAI	08	
* 04 AVR	09	
03 MARS	10	
02 FÉV	11	
01 JAN	12	

12 DÉC	13	
11 NOV	14	
10 OCT	15	
09 SEP	16	
1 08 AOUT	17	
9 07 JUIL	18	
9 06 JUIN	19	
8 05 MAI	20	
* 04 AVR	21	
03 MARS	22	
02 FÉV	23	
01 JAN	24	

12 DÉC	25	
11 NOV	26	
10 OCT	27	
09 SEP	28	
1 08 AOUT	29	
9 07 JUIL	30	
9 06 JUIN	31	
7 05 MAI	32	
* 04 AVR	33	
03 MARS	34	
02 FÉV	35	
01 JAN	36	

12 DÉC	37	
11 NOV	38	
10 OCT	39	
09 SEP	40	
1 08 AOUT	41	
9 07 JUIL	42	
9 06 JUIN	43	
6 05 MAI	44	
* 04 AVR	45	
03 MARS	46	
02 FÉV	47	
01 JAN	48	

12 DÉC	49	
11 NOV	50	
10 OCT	51	
09 SEP	52	
1 08 AOUT	53	
9 07 JUIL	54	
9 06 JUIN	55	
5 05 MAI	56	
* 04 AVR	57	
03 MARS	58	
02 FÉV	59	
01 JAN	60	

FIN DE LA DERNIÈRE GROSSESSE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE  
PAR UNE NAISSANCE VIVANTE AVANT JANVIER 1994\*

S'IL N'Y A PAS EU DE GROSSESSE PRÉCÉDENTE DE CE GENRE,  
ENREGISTRER '00' POUR LE MOIS ET '0000' POUR L'ANNÉE

MOIS.....

--	--	--

  
ANNÉE.....

--	--	--	--	--

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR L'ENQUÊTÉE :

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES :

---

---

---

---

---

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---

---

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE : \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE

---

---

---

---

NOM DE LA CONTRÔLEUSE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_