

REPUBLIQUE DU SENEGAL
ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE (E.D.S.)
1986

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL
(FRANCAIS)

PRENOM ET NOM DE LA FEMME _____

N° DU QUESTIONNAIRE

REGION _____	VILLAGE _____	 Région
DEPARTEMENT _____	QU/H _____	 Département
ARRDT OU COMMUNE _____	RUE _____	 Arr. ou Com.
SOUS-DISTRICT _____	PARCELLE N° _____	 S.D.R.
CONCESSION N° _____	MENAGE N° _____	 CONC.
		 MENAGE
N° D'ORDRE DE LA FEMME _____		 N° FEMME

VISITES DE L'ENQUETRIX				VISITES FINALES	
	1	2	3		
DATE				MOIS	
				ANNEE	
NOM DE L'ENQUETRIX				CODE ENQ.	
RESULTATS*				CODE RES.	
PROCHAINE VISITE DATE: _____ HEURE: _____				N° de Visites 	
* CODES RESULTATS: 1 ENTIEREMENT REMPLI 2 PAS A LA MAISON 3 DIFFERE 4 REFUSE 5 PARTIELLEMENT REMPLI 6 AUTRE _____ <div style="text-align: right;">(PRECISER)</div>					

	CONTROLE DE TERRAIN PAR	CONTROLE DE BUREAU PAR	SAISI PAR	
NOM				
DATE				

SECTION 1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES CONSULTANTES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
100	ENREGISTRER LE NOMBRE DE PERSONNES RECENSEES DANS LE MENAGE	NOMBRE DE PERSONNES <input type="text"/>	
101	ENREGISTRER LE TEMPS	HEURE <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/>	
102	Pour commencer, je voudrais vous po- ser quelques questions sur votre fa- mille et vous-même. Depuis quand habitez-vous d'une ma- nière continue à ? (NOM DE LA LOCALITE)	ANNEES <input type="text"/> DEPUIS TOUJOURS 96--- VISITEUSE 97 NSP 98	105
103	Pour la majeure partie des 12 premiè- res années de votre vie, avez-vous vécu à Dakar, dans une autre ville ou à la campagne? NOM DE LA LOCALITE	DAKAR, PIKINE 1 AUTRE CHEF-LIEU DE REGION 2 AUTRE COMMUNE 3 CAMPAGNE 4 AUTRE PAYS 5	
104	Juste avant de vous installer ici, avez-vous vécu à Dakar, dans une autre ville ou à la campagne? NOM DE LA LOCALITE	DAKAR, PIKINE 1 AUTRE CHEF-LIEU DE REGION 2 AUTRE COMMUNE 3 CAMPAGNE 4 AUTRE PAYS 5	
105	Quel est le mois et quelle est l'an- née de votre naissance?	MOIS <input type="text"/> NSP MOIS 98 ANNEE <input type="text"/> NSP ANNEE 98	
106	Quel âge avez-vous? <u>ENQUETRIX</u> : COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 S'IL Y A INCONSISTENCE.	ANS REVOLUS <input type="text"/>	
107	Quelle est votre religion?	MUSULMANE 1 CHRETIENNE 2 AUTRE 3	
108	Etes-vous sénégalaise?	OUI 1 NON 2---*	110

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A															
109	Quelle est votre ethnie?	WOLOF 1 POULAR 2 SERER 3 MANDINGUE 4 AUTRE 5 (PRECISER)																
110	Avez-vous jamais fréquenté l'école?	OUI 1 NON 2	114															
111	Quel est le niveau d'études le plus élevé que vous ayez atteint: primaire, secondaire, supérieur?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 2 SUPERIEUR 3																
112	Quelle est la dernière classe que vous avez achevée?	CLASSE ACHEVEE <input type="text"/>																
113	ENQUETRIX: VERIFIER.111 PRIMAIRE [] SECON. [] (PASSER A OU PLUS 115) v																	
114	Pouvez-vous lire une lettre ou un journal facilement, difficilement, ou pas du tout?	FACILEMENT 1 DIFFICILEMENT 2 PAS DU TOUT 3																
115	Ecoutez-vous la radio au moins une fois par semaine?	OUI 1 NON 2	117															
116	Ecoutez-vous souvent les émissions suivantes:	<table><thead><tr><th></th><th>OUI</th><th>NON</th></tr></thead><tbody><tr><td>DIFFO</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>DEAMOYPEY</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>AUTRES CHAINES NAT.</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>CHAINES REGIONALES</td><td>1</td><td>2</td></tr></tbody></table>		OUI	NON	DIFFO	1	2	DEAMOYPEY	1	2	AUTRES CHAINES NAT.	1	2	CHAINES REGIONALES	1	2	
	OUI	NON																
DIFFO	1	2																
DEAMOYPEY	1	2																
AUTRES CHAINES NAT.	1	2																
CHAINES REGIONALES	1	2																
117	Quelle est la principale source d'eau potable pour les membres de votre ménage?	PROPRE A LA CONCESSION: EAU COURANTE 01 PUITS 02 AUTRE 03 EXTERIEUR A LA CONCESSION: BORNE FONTAINE 04 PUITS 05 FORAGE 06 FLEUVE, RIVIERE 07 MARIGOTS, LACS 08 AUTRE 09																

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A															
118	Quel genre de toilettes y-a-t-il dans ce ménage?	BRANCHEES A L'EGOUT 1 FOSSES 2 PUITS PERDUS 3 AUTRE 4 (PRECISER) PAS DE TOILETTES 5																
119	Quel mode d'éclairage utilisez-vous dans ce ménage?	ELECTRICITE 1 GAZ 2 PETROLE OU BOUGIE 3 BOIS 4 AUTRE 5																
120	Quel moyen utilisez-vous pour la cuisson de vos repas?	GAZ 1 BOIS, CHARBON 2 AUTRE 3																
121	Possédez-vous dans votre ménage: Une cuisinière? Une radio? Une télévision? Un réfrigérateur ou un congélateur	<table border="0"> <tr> <td></td> <td><u>OUI</u></td> <td><u>NON</u></td> </tr> <tr> <td>CUISINIERE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>RADIO</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>REFRIG./CONGEL. ..</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		<u>OUI</u>	<u>NON</u>	CUISINIERE	1	2	RADIO	1	2	TELEVISION	1	2	REFRIG./CONGEL. ..	1	2	
	<u>OUI</u>	<u>NON</u>																
CUISINIERE	1	2																
RADIO	1	2																
TELEVISION	1	2																
REFRIG./CONGEL. ..	1	2																
122	Parmi les membres de votre ménage, y en a-t-il qui possède: Une bicyclette? Une mobylette? Une voiture?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td><u>OUI</u></td> <td><u>NON</u></td> </tr> <tr> <td>BICYCLETTE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MOBYLETTE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VOITURE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		<u>OUI</u>	<u>NON</u>	BICYCLETTE	1	2	MOBYLETTE	1	2	VOITURE	1	2				
	<u>OUI</u>	<u>NON</u>																
BICYCLETTE	1	2																
MOBYLETTE	1	2																
VOITURE	1	2																
123	Quelle est la nature du sol de votre local?	CARRELAGE 1 CIMENT 2 ARGILE, BANCO 3 SABLE 4 AUTRE 5 (PRECISER)																
124	Quelle est la nature des murs de votre local?	BRIQUES EN CIMENT 1 BRIQUES EN BANCO 2 PISE EN BANCO 3 PAILLE OU TIGE 4 AUTRE 5 (PRECISER)																
125	Quelle est la nature du toit de votre local?	BETON 1 ZINC, TUILE, ARDOISE ... 2 CHAUME (PAILLE) 3 AUTRE 4 (PRECISER)																
126	De combien de pièces d'habitation dispose votre ménage?	NOMBRE																

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
201	Je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous jamais eu une naissance vivante?	OUI 1 NON 2---	206
202	Avez-vous donné naissance à des fils ou des filles qui vivent avec vous?	OUI 1 NON 2---	204
203	Combien de garçons vivent actuellement avec vous? Combien de filles vivent actuellement avec vous? <u>ENQUETTRICE</u> : METTRE 00 SI AUCUN(E).	GARCONS A LA MAISON <input type="text"/> FILLES A LA MAISON <input type="text"/>	
204	Avez-vous donné naissance à des fils ou des filles qui ne vivent pas actuellement avec vous?	OUI 1 NON 2---	206
205	Combien de garçons ne vivent pas actuellement avec vous? Combien de filles ne vivent pas actuellement avec vous? <u>ENQUETTRICE</u> : METTRE 00 SI AUCUN(E).	GARCONS AILLEURS ... <input type="text"/> FILLES AILLEURS ... <input type="text"/>	
206	Avez-vous jamais donné naissance à un garçon ou une fille, né(e) vivant(e) mais décédé(e) par la suite? <u>INSISTER</u> : Avez-vous mis au monde un garçon ou une fille qui n'a vécu(e) que quelques heures ou quelques jours?	OUI 1 NON 2---	208
207	Combien de garçons sont décédés? Combien de filles sont décédées? <u>ENQUETTRICE</u> : METTRE 00 SI AUCUN(E).	GARCONS DECEDES ... <input type="text"/> FILLES DECEDEES ... <input type="text"/>	
208	Avez-vous jamais eu de bébés mort-nés?	OUI 1 NON 2---	211
209	Y a-t-il eu parmi ces bébés, un ou plusieurs qui ont respiré ou montré quelques signes de vie après la naissance?	OUI 1 NON 2---	211

TABLEAU 1

213 Quel est le nom de votre 1er, 2ème,...) enfant? <u>ENQUETRICE:</u> INSCRIRE LES JUMEAUX SUR DES LIGNES SEPARÉES ET LES REUNIR PAR UNE ACCOLADE SUR LA GAUCHE.	214 (NOM DE L'ENFANT) est-il/elle un garçon ou une fille?	215 (NOM DE L'ENFANT) est-il/elle encore en vie?	216 SI DÉCÉDÉ: Age au décès <u>ENQUETRICE:</u> INSCRIRE L'ÂGE EN JOURS SI MOINS DE UN MOIS, EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS, OU EN ANNÉES REVOLUES.	217 Mois et année de naissance <u>INSISTER:</u> Quelle est sa date de naissance <u>OU:</u> En quelle saison?	218 SI ENCORE VIVANT: Quel est son âge? INSCRIRE L'ÂGE EN ANNÉES REVOLUES.	219 SI ENCORE VIVANT: Vit-il/elle avec vous?
<u>011</u>	GARÇON .. 1 FILLE ... 2	OUI 1 NON 2	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	MOIS ANNÉE 19	 AGE	OUI 1 NON 2
<u>012</u>	GARÇON .. 1 FILLE ... 2	OUI 1 NON 2	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	MOIS ANNÉE 19	 AGE	OUI 1 NON 2
<u>013</u>	GARÇON .. 1 FILLE ... 2	OUI 1 NON 2	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	MOIS ANNÉE 19	 AGE	OUI 1 NON 2
<u>014</u>	GARÇON .. 1 FILLE ... 2	OUI 1 NON 2	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	MOIS ANNÉE 19	 AGE	OUI 1 NON 2
<u>015</u>	GARÇON .. 1 FILLE ... 2	OUI 1 NON 2	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	MOIS ANNÉE 19	 AGE	OUI 1 NON 2
<u>016</u>	GARÇON .. 1 FILLE ... 2	OUI 1 NON 2	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	MOIS ANNÉE 19	 AGE	OUI 1 NON 2
<u>017</u>	GARÇON .. 1 FILLE ... 2	OUI 1 NON 2	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	MOIS ANNÉE 19	 AGE	OUI 1 NON 2
<u>018</u>	GARÇON .. 1 FILLE ... 2	OUI 1 NON 2	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	MOIS ANNÉE 19	 AGE	OUI 1 NON 2
<u>019</u>	GARÇON .. 1 FILLE ... 2	OUI 1 NON 2	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	MOIS ANNÉE 19	 AGE	OUI 1 NON 2

TABLEAU 1 (SUITE)

213 Quel est le nom de votre 1er, 2ème,...) enfant? <u>ENQUETRIX</u> : INSCRIRE LES JUMEAUX SUR DES LIGNES SEPARÉES ET LES REUNIR PAR UNE ACCOLADE SUR LA GAUCHE.	214 (NOM DE L'ENFANT) est-il/elle un garçon ou une fille?	215 (NOM DE L'ENFANT) est-il/elle encore en vie?	216 SI DÉCÉDÉ: Age au décès <u>ENQUETRIX</u> : INSCRIRE L'AGE EN JOURS SI MOINS DE UN MOIS, EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS, OU EN ANNÉES REVOLUES.	217 Mois et année de naissance <u>INSISTER</u> : Quelle est sa date de naissance <u>OU</u> : En quelle saison?	218 SI ENCORE VIVANT: Quel est son âge? INSCRIRE L'AGE EN ANNÉES REVOLUES.	219 SI ENCORE VIVANT: Vit-il/elle avec vous?
<u>110</u>	GARÇON .. 1 FILLE ... 2	OUI 1 NON 2	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	MOIS ANNÉE 19	 AGE	OUI 1 NON 2
<u>111</u>	GARÇON .. 1 FILLE ... 2	OUI 1 NON 2	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	MOIS ANNÉE 19	 AGE	OUI 1 NON 2
<u>112</u>	GARÇON .. 1 FILLE ... 2	OUI 1 NON 2	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	MOIS ANNÉE 19	 AGE	OUI 1 NON 2
<u>113</u>	GARÇON .. 1 FILLE ... 2	OUI 1 NON 2	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	MOIS ANNÉE 19	 AGE	OUI 1 NON 2
<u>114</u>	GARÇON .. 1 FILLE ... 2	OUI 1 NON 2	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	MOIS ANNÉE 19	 AGE	OUI 1 NON 2
<u>115</u>	GARÇON .. 1 FILLE ... 2	OUI 1 NON 2	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	MOIS ANNÉE 19	 AGE	OUI 1 NON 2
<u>116</u>	GARÇON .. 1 FILLE ... 2	OUI 1 NON 2	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	MOIS ANNÉE 19	 AGE	OUI 1 NON 2
<u>117</u>	GARÇON .. 1 FILLE ... 2	OUI 1 NON 2	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	MOIS ANNÉE 19	 AGE	OUI 1 NON 2

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A															
220	A quel âge avez-vous vu vos premières règles?	ANS <input type="text"/> PAS ENCORE REGLE 96 REFUS DE REPONSE 97 NSP 98	230															
221	Avez-vous eu vos règles au cours des quatre dernières semaines?	OUI 1 NON 2	223															
222	Combien y a-t-il de jours depuis la reprise de vos dernières règles?	JOURS <input type="text"/>	230															
223	Etes-vous enceinte?	OUI 1 NON 2 PAS SURE 8	229 229															
224	De combien de mois êtes-vous enceinte?	MOIS <input type="text"/>																
225	Depuis que vous êtes tombée enceinte, avez-vous jamais reçu une injection pour prévenir votre bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance?	OUI 1 NON 2 NSP 8																
226	Avez-vous eu une visite prénatale pour la grossesse actuelle?	OUI 1 NON 2	230															
227	Qui avez-vous consulté la 1ère fois? <u>ENQUETRIX</u> : INSISTER ET INSCRIRE LE CODE DE LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIEE.	MEDECIN 1 SAGE-FEMME, INF. 2 MATRONE 3 GUERISSEUR 4 HOPITAL, PMI, DISPENS. . 5 AUTRE 6 (PRECISER)																
228	A combien de mois de grossesse avez-vous fait la 1ère visite prénatale?	MOIS <input type="text"/> NSP 98	230															
229	Quand avez-vous eu vos dernières règles?	MOIS <input type="text"/> AVANT-DERNIERE GROSS. . 96 JAMAIS EU DE REGLES ... 97 NSP 98																
230	Au cours de son cycle mensuel, quand pensez-vous qu'une femme a le plus de chance de tomber enceinte?	PENDANT SES REGLES 1 JUSTE APRES SES REGLES . 2 AU MILIEU DU CYCLE 3 JUSTE AVANT SES REGLES . 4 N'IMPORTE QUAND 5 AUTRE 6 (PRECISER) NSP 8																
231	PERSONNES PRESENTES (PENDANT CETTE PREMIERE PARTIE DE L'INTERVIEW)	<table><tr><th></th><th>OUI</th><th>NON</th></tr><tr><td>ENFANTS DE <10 ANS</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>MARI</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>AUTRES HOMMES</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>AUTRES FEMMES</td><td>1</td><td>2</td></tr></table>		OUI	NON	ENFANTS DE <10 ANS	1	2	MARI	1	2	AUTRES HOMMES	1	2	AUTRES FEMMES	1	2	
	OUI	NON																
ENFANTS DE <10 ANS	1	2																
MARI	1	2																
AUTRES HOMMES	1	2																
AUTRES FEMMES	1	2																

SECTION 3. CONTRACEPTION

301 Maintenant, je voudrais vous parler d'un autre sujet. Il existe différents moyens ou méthodes traditionnelles ou modernes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou prévenir une grossesse. Connaissez-vous quelques-uns de ces moyens ou en avez-vous entendu parler?

ENQUETRIX:

ENCERCLER LE CODE 1 DANS 302 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE DE FACON SPONTANEE.

POUR CHAQUE METHODE NON MENTIONNEE, LIRE LA DESCRIPTION, POSER LA QUESTION 302 ET ENCERCLER LE CODE 2 SI LA METHODE EST RECONNUE. PUIS POSER 303-3-5 POUR CHAQUE DES METHODES CODEES 1 OU 2 DANS 302.

CODE POUR 304	CODE POUR 305
1. HOPITAL, CLINIQUE, CABINET PRIVE	1. RIEN
2. HOPITAL PUBLIC	2. ACCES/DISPONIBILITE
3. CENTRE DE SANTE	3. COÛT
4. P.M.I.	4. EFFETS SECONDAIRES
5. PHARMACIE	5. METHODE INEFFICACE
6. AUTRE _____ (PRECISER)	6. OPPOSITION DU MARI
8. NSP	7. AUTRE _____ (PRECISER)
	8. NSP

TABEAU 2	302 Avez-vous jamais entendu parler de cette méthode?	303 Avez-vous jamais utilisé (METHODE)?	304 Où irez-vous pour obtenir (METHODE)?	305 Quel est le problème majeur, s'il y en a, en utilisant (METHODE)
<u>PILULE:</u> Il y a des femmes qui, pour retarder ou éviter une grossesse, prennent une pilule (perle) tous les jours.	OUI, SPONT. 1 NON, DESC. 2 NON 3-	OUI 1 NON 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>STERILET:</u> Certaines femmes ont un stérilet ou un dispositif intra-utérin en plastique ou en métal que le médecin (ou la sage-femme) leur place dans l'utérus.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON 3-	OUI 1 NON 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>INJECTION:</u> Certaines femmes reçoivent une injection par un médecin ou une sage-femme pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON 3-	OUI 1 NON 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>AUTRES METHODES SCIENTIFIQUES POUR LA FEMME:</u> Certaines femmes se mettent un diaphragme, une éponge, des comprimés effervescents, de la gelée ou de la crème avant d'avoir des rapports sexuels, pour ne pas tomber enceinte.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON 3-	OUI 1 NON 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>CONDOM:</u> Certains hommes portent un condom afin d'éviter à leur femme de tomber enceinte.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON 3-	OUI 1 NON 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>STERILISATION FEMININE:</u> Certaines femmes subissent une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON 3-	OUI 1 NON 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TABLEAU 2 (SUITE)	302 Avez-vous jamais entendu parler de cette méthode?	303 Avez-vous jamais utilisé (METHODE)?	304 Où irez-vous pour obtenir (METHODE)?	305 Quel est le problème majeur, s'il y en a, en utilisant (METHODE)?
STERILISATION MASQUILINE: Certains hommes subissent une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON 3-	OUI 1 NON 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTINENCE PERIODIQUE: Certains couples évitent d'avoir des rapports certains jours du cycle pendant lesquels la femme est plus susceptible de devenir enceinte.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON 3-	OUI 1 NON 2	Où irez-vous pour obtenir des conseils sur la continence périodique? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RETRAIT: Certains hommes pratiquent le retrait, c. à d. qu'ils font attention et se retirent avant l'éjaculation.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON 3-	OUI 1 NON 2		
ABSTINENCE: Certains couples, en dehors de l'abstinence post-natale, évitent d'avoir des rapports sexuels pendant des mois pour que la femme ne tombe pas enceinte.	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON 3-	OUI 1 NON 2		
PLANTES MEDICINALES (écorce, racine, feuilles)	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON 3-	OUI 1 NON 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRIS-GRIS (amulette, cordon avec noeud, fass, galane)	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON 3-	OUI 1 NON 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRES METHODES: Avez-vous entendu parler d'autres méthodes, y compris les méthodes traditionnelle que des hommes ou des femmes utilisent? PRECISER _____	OUI, SPONT. 1 OUI, DESC. 2 NON 3-	OUI 1 NON 2	CODE POUR 304 1. HOPITAL, CLINIQUE, CABINET PRIVE 2. HOPITAL PUBLIC 3. CENTRE DE SANTE 4. P.M.I. 5. PHARMACIE 6. AUTRE _____ (PRECISER) 8. NSP	CODE POUR 305 1. RIEN 2. ACCES/DISPONIBILITE 3. COUT 4. EFFETS SECONDAIRES 5. METHODE INEFFICACE 6. OPPOSITION DU MARI 7. AUTRE _____ (PRECISER) 8. NSP

306 AUCUN "OUI" DANS 303 []
(N'A JAMAIS UTILISE)

↓

AU MOINS UN "OUI" DANS 303 []
(A UTILISE AU MOINS UNE METHODE)

↓

(PASSER A 309)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
307	Avez-vous jamais utilisé ou essayé un moyen quelconque pour ne pas tomber enceinte?	OUI 1 NON 2--→	316
308	Qu'avez-vous fait ou utilisé? <u>ENQUETRIX</u> : CORRIGER 302-303 ET OBTENIR L'INFORMATION POUR 304-305 SI NEC.	(PRECISER) <input type="text"/>	
309	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <u>VERIFIER 303:</u> A UTILISE LA CONTINENCE <input type="checkbox"/> PERIODIQUE <input type="checkbox"/> </div> <div> N'A JAMAIS UTILISE LA CONTINENCE <input type="checkbox"/> PERIODIQUE <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">↓</div>	PASSER A 311	
310	Quand vous avez utilisé la continence périodique, comment étiez-vous en mesure de déterminer les jours où il fallait s'abstenir?	EN SE BASANT SUR LE CALENDRIER 1 EN SE BASANT SUR LA TEMPERATURE DU CORPS 2 EN SE BASANT SUR LA METHODE DU MUCUS CERVICAL (BILLINGS) 3 EN SE BASANT SUR LA TEMPERATURE DU CORPS ET DU MUCUS 4 AUTRE 5 (PRECISER)	
311	Combien d'enfants vivants aviez-vous quand vous avez utilisé pour la première fois une méthode pour éviter de tomber enceinte?	NOMBRE D'ENFANTS .. <input type="text"/>	
312	<u>VERIFIER 223 ET 303:</u> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> ENCEINTE <input type="checkbox"/> (PASSER A 317) </div> <div> AUTRES CAS ↓ </div> <div> STERILISEE <input type="checkbox"/> (PASSER A 401) </div> </div>		
313	Est-ce que vous/votre mari, utilisez à présent une méthode contraceptive pour éviter une grossesse?	OUI 1 NON 2--→	316

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
314	Quelle méthode utilisez-vous?	PILULE 01 DIU 02 INJECTIONS 03 METHODES VAGINALES 04 CONDOM 05 CONTINENCE PERIODIQUE . 08 RETRAIT 09---★ 321 ABSTINENCE PROLONGEE .. 10---★ 321 PLANTES MEDICINALES ... 11 GRIS-GRIS 12 AUTRE 13---★ 321 (PRECISER)	
315	Où vous (ou votre partenaire) avez-vous obtenu (conseil) pour (METHODE ACTUELLE) la dernière fois?	HOPITAL, CLINIQUE, CABI- NET PRIVE 1 HOSPITAL PUBLIC 2 CENTRE DE SANTE 3 P.M.I. 4 -→ 321 PHARMACIE 5 AUTRE 6 (PRECISER) NSP 8_	
316	Pourquoi n'utilisez-vous pas une méthode contraceptive?	ALLAITE 01 STERILE OU MENOPAUSEE . 02 DESIRE UN ENFANT 03 MANQUE D'INFORMATION .. 04 NE CONNAIT PAS DE ME- THODES CONTRACEPTIVES . 05 DIFFICULTE D'ACCES 06 OPPOSITION DU MARI 07 RELIGION 08 EFFETS SECONDAIRES 09 MARI POLYGAME 10 JEUNE FILLE 11 MARI ABSENT 12 DIVORCEE, VEUVE, SEPAR. 13 INDECISE 14 AUTRE 15 (PRECISER)	
317	Avez-vous l'intention d'utiliser une méthode ou un moyen pour éviter de tomber enceinte dans l'avenir?	OUI 1 NON 2---★ 321 NSP 8---★ 321	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
318	Quelle méthode préféreriez-vous utiliser?	PILULE 01 DIU 02 INJECTIONS 03 METHODES VAGINALES 04 CONDOM 05 STERILISATION FEMININE 06 STERILISATION MASCULINE 07 CONTINENCE PERIODIQUE . 08 RETRAIT 09--→ 320 ABSTINENCE PROLONGEE .. 10--→ 320 PLANTES MEDICINALES ... 11 GRIS-CRIS 12 AUTRE 13--→ 320 (PRECISER) PAS SURE OU WSP..... 98--→ 321	
319	Où comptez-vous aller pour demander conseil ou obtenir des approvisionnements pour (METHODE PREFEREE)?	HOPITAL, CLINIQUE, CA- BINET PRIVE 1 HOPITAL PUBLIC 2 CENTRE DE SANTE 3 PMI 4 PHARMACIE 5 AUTRE 6 (PRECISER)	
320	Avez-vous l'intention d'utiliser (METHODE PREFEREE) dans les 12 prochains mois?	OUI 1 NON 2 WSP 8	
321	De qui ou comment avez-vous obtenu des informations sur la contraception pour la première fois?	PMI 01 MATERNITE OU HOPITAL .. 02 CLINIQUE PRIVEE 03 MEDECIN PRIVE 04 PERSONNEL DE SANTE 05 MONITRICES RURALES, MONITRICES D'ECONOMIE FAMILIALE, AGENTS D'A- NIMATION RURALE 06 GROUPEMENTS DE FEMMES . 07 PHARMACIE 08 MARI 09 AUTRES PERSONNES 10 RADIO, TELEVISION 11 JOURNAL 12 AUTRE 13 (PRECISER) NE CONNAIT RIEN 97 WSP 98	

SECTION 4. SANTE ET ALLAITEMENT

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
401	<p><u>ENQUETRICE</u>: VOIR 217</p> <p>UNE OU PLU- () AUCUNE NAISSAN- () SIEURS NAISS- CE VIVANTE DE- SANCES VIVAN- PUIS AVRIL 81 TES DEPUIS AVRIL 1981 (PASSER A ↓ LA SECTION 5)</p> <p><u>ENQUETRICE</u>: ECRIRE LE N° DE LIGNE, LE NOM ET L' ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS AVRIL 81 DANS LE TABLEAU 3 EN COMMENCANT PAR LA DERNIERE NAISSANCE.</p>		

	N° DE LIGNE	N° DE LIGNE	N° DE LIGNE	N° DE LIGNE
TABEAU 3	DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE	DEUXIEME AVANT-DERNIERE NAISSANCE	TROISIEME AVANT-DERNIERE NAISSANCE
	NOM _____ EN VIE[] DECEDE[]	NOM _____ EN VIE[] DECEDE[]	NOM _____ EN VIE[] DECEDE[]	NOM _____ EN VIE[] DECEDE[]
402 Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous eu une consultation prénatale? SI OUI: Qui aviez-vous consulté la première fois? ENQUETRIX: INSISTER ET ENCERCLER LE CODE DE LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIEE.	MEDECIN 1 SAGE-FEMME, INFIRMIERE, AUX. 2 HOPITAL, PMI, DISPENSAIRE ... 3 MATRONE 4 AUTRE 5 PAS DE CONSULTATION 6	MEDECIN 1 SAGE-FEMME, INFIRMIERE, AUX. 2 HOPITAL, PMI, DISPENSAIRE ... 3 MATRONE 4 AUTRE 5 PAS DE CONSULTATION 6	MEDECIN 1 SAGE-FEMME, INFIRMIERE, AUX. 2 HOPITAL, PMI, DISPENSAIRE .. 3 MATRONE 4 AUTRE 5 PAS DE CONSULTATION 6	MEDECIN 1 SAGE-FEMME, INFIRMIERE, AUX. 2 HOPITAL, PMI, DISPENSAIRE .. 3 MATRONE 4 AUTRE 5 PAS DE CONSULTATION 6
403 Quand vous étiez enceinte de (NOM), aviez-vous reçu une injection pour prévenir votre enfant d'avoir le tétanos?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
404 Qui vous assistait quand vous accouchiez de (NOM)? ENQUETRIX: INSISTER ET ENCERCLER LE CODE DE LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIEE.	MEDECIN 1 SAGE-FEMME, INFIRMIERE, AUX. 2 HOPITAL, PMI, DISPENSAIRE ... 3 MATRONE 4 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 5 AUTRE 6 SANS ASSISTANCE 7	MEDECIN 1 SAGE-FEMME, INFIRMIERE, AUX. 2 HOPITAL, PMI, DISPENSAIRE ... 3 MATRONE 4 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 5 AUTRE 6 SANS ASSISTANCE 7	MEDECIN 1 SAGE-FEMME, INFIRMIERE, AUX. 2 HOPITAL, PMI, DISPENSAIRE .. 3 MATRONE 4 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 5 AUTRE 6 SANS ASSISTANCE 7	MEDECIN 1 SAGE-FEMME, INFIRMIERE, AUX. 2 HOPITAL, PMI, DISPENSAIRE .. 3 MATRONE 4 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 5 AUTRE 6 SANS ASSISTANCE 7

	N° DE LIGNE	N° DE LIGNE	N° DE LIGNE	N° DE LIGNE
TABLEAU 3 (SUITE)	DERNIERE NAISSANCE NOM _____ EN VIE[] DECEDE[]	AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM _____ EN VIE[] DECEDE[]	DEUXIEME AVANT- DERNIERE NAISSANCE NOM _____ EN VIE[] DECEDE[]	TROISIEME AVANT- DERNIERE NAISSANCE NOM _____ EN VIE[] DECEDE[]
405 Avez-vous jamais allaité au sein (NOM)?	OUI 1- NON 2 (PASSER A 408)	OUI 1- NON 2 (PASSER A 409)	OUI 1- NON 2 (PASSER A 409)	OUI 1- NON 2 (PASSER A 409)
406 Allaitiez-vous encore (NOM)?	OUI 1 (PASSER A 409) NON 2-			
407 Combien de mois avez-vous allaité (NOM)?	MOIS [][] JUSQU'AU DECES 97	MOIS [][] JUSQU'AU DECES 96	MOIS [][] JUSQU'AU DECES 96	MOIS [][] JUSQU'AU DECES 96
408 Vos règles ont- elles repris?	OUI 1- NON 2 (PASSER A 410)			
409 Combien de mois après la naissance de (NOM) vos règles ont-elles repris?	[][] MOIS	PAS ENCORE REPRIS 97 [][] MOIS (PASSER A 411)	PAS ENCORE REPRIS 97 [][] MOIS (PASSER A 411)	PAS ENCORE REPRIS 97 [][] MOIS (PASSER A 411)
410 Avez-vous repris les relations sexuelles depuis la naissance de (NOM)?	OUI 1 NON 2 (PASSER A LA COLONNE SUIVANTE)			
411 Combien de mois après la naissance de (NOM) avez-vous repris les relations sexuelles?	[][] MOIS (PASSER A LA COLONNE SUIVANTE)	[][] MOIS (PASSER A LA COLONNE SUIVANTE)	[][] MOIS (PASSER A LA COLONNE SUIVANTE)	[][] MOIS (PASSER A 412)

412 ENQUETRIX: VOIR 406 POUR LA DERNIERE NAISSANCE:

ALLAITE ENCORE [] AUTRES CAS []
DERNIER ENFANT | (PASSER A 417)



N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A																																				
413	La nuit dernière, du coucher jusqu' au lever du soleil, combien de fois avez-vous allaité votre enfant?	NOMBRE DE FOIS L'ENFANT DORT A L'ALLAITEMENT 97 WSP 98																																					
414	Combien de fois avez-vous allaité votre enfant hier au cours de la journée?	NOMBRE DE FOIS A LA DEMANDE, QUAND L'ENFANT PLEURE 97 WSP 98																																					
415	Avez-vous donné, hier ou la nuit dernière, à (NOM DU DERNIER ENFANT), un des liquides ou une des nourritures suivantes? <u>ENQUETRIX</u> : LIRE LA LISTE DES CATEGORIES.	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EAU</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>JUS</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>LAIT EN POUDRE</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>LAIT DE VACHE OU</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>DE CHEVRE</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>QUINQUELIBA</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>AUTRE LIQUIDE</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>(PRECISER)</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>BOUILLIE DE MIL ...</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>ALIMENTS SOLIDES ..</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	EAU	1	2	JUS	1	2	LAIT EN POUDRE	1	2	LAIT DE VACHE OU			DE CHEVRE	1	2	QUINQUELIBA	1	2	AUTRE LIQUIDE			1	2	(PRECISER)			BOUILLIE DE MIL ...	1	2	ALIMENTS SOLIDES ..	1	2	
	OUI	NON																																					
EAU	1	2																																					
JUS	1	2																																					
LAIT EN POUDRE	1	2																																					
LAIT DE VACHE OU																																							
DE CHEVRE	1	2																																					
QUINQUELIBA	1	2																																					
AUTRE LIQUIDE																																							
.....	1	2																																					
(PRECISER)																																							
BOUILLIE DE MIL ...	1	2																																					
ALIMENTS SOLIDES ..	1	2																																					
416	<u>ENQUETRIX</u> : VOIR 415 AUCUNE NOURRITURE OU LIQUIDE N'A ETE DONNE [] (AUCUN OUI DANS 415) (PASSER A 418) AUTRE NOURRITURE OU LIQUIDE A ETE DONNE [] (AU MOINS UN "OUI" DANS 415) DEMANDER: Avez-vous donné une de ces nourritures dans un biberon?	<table border="0"> <tbody> <tr> <td>OUI</td><td>1</td><td>→ 418</td></tr> <tr> <td>NON</td><td>2</td><td>→ 418</td></tr> </tbody> </table>	OUI	1	→ 418	NON	2	→ 418																															
OUI	1	→ 418																																					
NON	2	→ 418																																					
417	Pourquoi avez-vous cessé d'allaiter au sein (NOM)?	SEVRAGE 01 ENFANT MALADE 02 ENFANT DECEDE 03 REFUS TETER 04 MERE MALADE 05 PAS DE LAIT 06 GROSSESSE 07 ALLAITE ARTIFICIEL. ... 08 AUTRE 09 (PRECISER)																																					
418	<u>ENQUETRIX</u> : VOIR 401 ECRIRE LE NOM ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS AVRIL 81 DANS LE TABLEAU 4, EN COMMENCANT PAR LA DERNIERE NAISSANCE. L'ENTETE DU TABLEAU 4 DOIT ETRE EXACTEMENT LA MEME QUE CELLE DU TABLEAU 3. DEMANDER LES QUESTIONS SEULEMENT POUR LES ENFANTS ENCORE EN VIE.																																						

TABLEAU 4 ENFANTS VIVANTS	N° DE LIGNE	N° DE LIGNE	N° DE LIGNE	N° DE LIGNE																																																																																																																																																																																																																												
	DERNIERE NAISSANCE																																																																																																																																																																																																																															
	NOM																																																																																																																																																																																																																															
	EN VIE []	DECEDE [] (PASSER A 428)	EN VIE []	DECEDE [] (PASSER A 428)																																																																																																																																																																																																																												
	↓	↓	↓	↓																																																																																																																																																																																																																												
419 Avez-vous un carnet de santé pour (NOM)? SI OUI: Puis-je le voir SVP	OUI, VU 1 NON, PAS VU 2 (PASSER A 422) ← PAS DE CARNET 3	OUI, VU 1 NON, PAS VU 2 (PASSER A 421) ← PAS DE CARNET 3	OUI, VU 1 NON, PAS VU 2 (PASSER A 421) ← PAS DE CARNET 3	OUI, VU 1 NON, PAS VU 2 (PASSER A 421) ← PAS DE CARNET 3																																																																																																																																																																																																																												
420 ENQUETRIX: ENREGISTRER LES DATES DE VACCINATION A PARTIR DU CARNET DE SANTE.	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>NON</th> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNEE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq1</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO1</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq2</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO2</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq3</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO3</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROUGE1</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FIEV.</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>JALUNE</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		NON	JOUR	MOIS	ANNEE	BCG	1				DTCoq1	1				POLIO1	1				DTCoq2	1				POLIO2	1				DTCoq3	1				POLIO3	1				ROUGE1	1				FIEV.	1				JALUNE					<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>NON</th> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNEE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq1</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO1</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq2</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO2</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq3</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO3</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROUGE1</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FIEV.</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>JALUNE</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		NON	JOUR	MOIS	ANNEE	BCG	1				DTCoq1	1				POLIO1	1				DTCoq2	1				POLIO2	1				DTCoq3	1				POLIO3	1				ROUGE1	1				FIEV.	1				JALUNE					<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>NON</th> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNEE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq1</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO1</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq2</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO2</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq3</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO3</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROUGE1</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FIEV.</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>JALUNE</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		NON	JOUR	MOIS	ANNEE	BCG	1				DTCoq1	1				POLIO1	1				DTCoq2	1				POLIO2	1				DTCoq3	1				POLIO3	1				ROUGE1	1				FIEV.	1				JALUNE					<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>NON</th> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNEE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq1</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO1</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq2</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO2</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq3</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO3</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROUGE1</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FIEV.</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>JALUNE</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		NON	JOUR	MOIS	ANNEE	BCG	1				DTCoq1	1				POLIO1	1				DTCoq2	1				POLIO2	1				DTCoq3	1				POLIO3	1				ROUGE1	1				FIEV.	1				JALUNE				
	NON	JOUR	MOIS	ANNEE																																																																																																																																																																																																																												
BCG	1																																																																																																																																																																																																																															
DTCoq1	1																																																																																																																																																																																																																															
POLIO1	1																																																																																																																																																																																																																															
DTCoq2	1																																																																																																																																																																																																																															
POLIO2	1																																																																																																																																																																																																																															
DTCoq3	1																																																																																																																																																																																																																															
POLIO3	1																																																																																																																																																																																																																															
ROUGE1	1																																																																																																																																																																																																																															
FIEV.	1																																																																																																																																																																																																																															
JALUNE																																																																																																																																																																																																																																
	NON	JOUR	MOIS	ANNEE																																																																																																																																																																																																																												
BCG	1																																																																																																																																																																																																																															
DTCoq1	1																																																																																																																																																																																																																															
POLIO1	1																																																																																																																																																																																																																															
DTCoq2	1																																																																																																																																																																																																																															
POLIO2	1																																																																																																																																																																																																																															
DTCoq3	1																																																																																																																																																																																																																															
POLIO3	1																																																																																																																																																																																																																															
ROUGE1	1																																																																																																																																																																																																																															
FIEV.	1																																																																																																																																																																																																																															
JALUNE																																																																																																																																																																																																																																
	NON	JOUR	MOIS	ANNEE																																																																																																																																																																																																																												
BCG	1																																																																																																																																																																																																																															
DTCoq1	1																																																																																																																																																																																																																															
POLIO1	1																																																																																																																																																																																																																															
DTCoq2	1																																																																																																																																																																																																																															
POLIO2	1																																																																																																																																																																																																																															
DTCoq3	1																																																																																																																																																																																																																															
POLIO3	1																																																																																																																																																																																																																															
ROUGE1	1																																																																																																																																																																																																																															
FIEV.	1																																																																																																																																																																																																																															
JALUNE																																																																																																																																																																																																																																
	NON	JOUR	MOIS	ANNEE																																																																																																																																																																																																																												
BCG	1																																																																																																																																																																																																																															
DTCoq1	1																																																																																																																																																																																																																															
POLIO1	1																																																																																																																																																																																																																															
DTCoq2	1																																																																																																																																																																																																																															
POLIO2	1																																																																																																																																																																																																																															
DTCoq3	1																																																																																																																																																																																																																															
POLIO3	1																																																																																																																																																																																																																															
ROUGE1	1																																																																																																																																																																																																																															
FIEV.	1																																																																																																																																																																																																																															
JALUNE																																																																																																																																																																																																																																
421 Est-ce que (NOM) a jamais été vacciné(e) contre ces maladies?	OUI 1 NON 2 <3 MOIS 3 NSP 8	OUI 1 NON 2 <3 MOIS 3 NSP 8	OUI 1 NON 2 <3 MOIS 3 NSP 8	OUI 1 NON 2 <3 MOIS 3 NSP 8																																																																																																																																																																																																																												
422 Est-ce que (NOM) a eu la diarrhée au cours des 2 dernières semaines?	OUI 1 NON 2 (PASSER A 425) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER A 425) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER A 425) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER A 425) ← NSP 8																																																																																																																																																																																																																												
423 Avez-vous fait, vous ou quelqu'un d'autre, quelque chose pour traiter la diarrhée?	OUI 1 NON 2 (PASSER A 425) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER A 425) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER A 425) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER A 425) ← NSP 8																																																																																																																																																																																																																												

TABLEAU 4 (SUITE) ENFANTS VIVANTS	N° DE LIGNE		N° DE LIGNE		N° DE LIGNE		N° DE LIGNE	
	DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISSANCE		DEUXIEME AVANT-DERNIERE NAISSANCE		TROISIEME AVANT-DERNIERE NAISSANCE	
	NOM		NOM		NOM		NOM	
	EN VIE []	DECEDE [] (PASSER A 429)	EN VIE []	DECEDE [] (PASSER A 429)	EN VIE []	DECEDE [] (PASSER A 429)	EN VIE []	DECEDE [] (PASSER A 429)
424 Qu'est-ce qu'on a fait pour traiter la diarrhée? <u>ENQUETRIX</u> : CODER 1 POUR TOUS LES TRAITEMENTS MENTIONNES.	RVO 1 SOLUTION D'EAU SUCREE ET SALEE (MAISON) .. 1 BOUILLIE DE RIZ 1 PAIN DE SINGE 1 PLANTES MEDICINALES . 1 GANIDAN, SIROP ET AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES 1 HOPITAL, PMI, DISPENSAIRE 1	RVO 1 SOLUTION D'EAU SUCREE ET SALEE (MAISON) . 1 BOUILLIE DE RIZ 1 PAIN DE SINGE 1 PLANTES MEDICINALES 1 GANIDAN, SIROP & AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES ... 1 HOPITAL, PMI, DISPENSAIRE 1	RVO 1 SOLUTION D'EAU SUCREE ET SALEE (MAISON) . 1 BOUILLIE DE RIZ 1 PAIN DE SINGE 1 PLANTES MEDICINALES 1 GANIDAN, SIROP & AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES.... 1 HOPITAL, PMI, DISPENSAIRE 1	RVO 1 SOLUTION D'EAU SUCREE ET SALEE (MAISON) . 1 BOUILLIE DE RIZ 1 PAIN DE SINGE 1 PLANTES MEDICINALES 1 GANIDAN, SIROP & AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES ... 1 HOPITAL, PMI, DISPENSAIRE 1				
425 Est-ce que (NOM) a eu le paludisme l'hivernage dernier?	OUI 1 NON 2 PAS ENCORE NE 3 (PASSER A COL. SUIV.) (A 419) NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER A COL. SUIV.) (A 419) NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER A COL. SUIV.) (A 419) NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER A 431) NSP 8				
426 Avez-vous fait, vous ou quelqu'un d'autre, quelque chose pour traiter le paludisme?	OUI 1 NON 2 (PASSER A COL. SUIV.) (A 419) NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER A COL. SUIV.) (A 419) NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER A COL. SUIV.) (A 419) NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER A 431) NSP 1				
427 Qu'est ce qu'on a fait pour traiter le paludisme?	NIVAQUINE, CAMOQUINE, CHLOROQUINE 1 ASPIRINE 1 AUTRES COMP. 1 INJECTION 1 HOPITAL, PMI, DISPENSAIRE 1 PLANTES MEDICINALES 1 AUTRE 1 (PRECISER) (PASSER A LA COLONNE SUIVANTE) (A 419)	NIVAQUINE, CAMOQUINE, CHLOROQUINE 1 ASPIRINE 1 AUTRES COMP. 1 INJECTION 1 HOPITAL, PMI, DISP. 1 PLANTES MEDICINALES 1 AUTRE 1 (PRECISER) (PASSER A LA COL. SUIV.) (A 419)	NIVAQUINE, CAMOQUINE, CHLOROQUINE 1 ASPIRINE 1 AUTRES COMP. 1 INJECTION 1 HOPITAL, PMI, DISP. 1 PLANTES MEDICINALES 1 AUTRE 1 (PRECISER) (PASSER A LA COL. SUIV.) (A 419)	NIVAQUINE, CAMOQUINE, CHLOROQUINE 1 ASPIRINE 1 AUTRES COMP. 1 INJECTION 1 HOPITAL, PMI, DISP. 1 PLANTES MEDICINALES 1 AUTRE 1 (PRECISER) (PASSER A 431)				

TABLEAU 4 (SUITE)

	N° DE LIGNE	N° DE LIGNE	N° DE LIGNE	N° DE LIGNE
ENFANTS DECÉDÉS	DERNIERE NAISSANCE NOM	AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM	DEUXIEME AVANT- DERNIERE NAISSANCE NOM	TROISIEME AVANT- DERNIERE NAISSANCE NOM
428 Au cours de la ma- ladie ayant conduit au décès, l'enfant a-t-il présenté un ou plusieurs des symptômes suivants?	INCAPABLE DE TETER 1 INCAP. DE PLEURER 1 FORTE FIEVRE 1 ERUPTION 1 TOUX 1 YEUX ROUGES 1 TOUX+VOMISSEMENTS 1 QUINTES DE TOUX .. 1 SELLES DELIEES ... 1 CHEVEUX ROUX 1 PIEDS ENFLES 1 ACCIDENT 1 NSP 1	INCAPABLE DE TETER 1 INCAP. DE PLEURER 1 FORTE FIEVRE 1 ERUPTION 1 TOUX 1 YEUX ROUGES 1 TOUX+VOMISSEMENTS 1 QUINTES DE TOUX .. 1 SELLES DELIEES ... 1 CHEVEUX ROUX 1 PIEDS ENFLES 1 ACCIDENT 1 NSP 1	INCAPAB. DE TETER 1 INCAP. DE PLEURER 1 FORTE FIEVRE 1 ERUPTION 1 TOUX 1 YEUX ROUGES 1 TOUX+VOMISSEMENTS 1 QUINTES DE TOUX .. 1 SELLES DELIEES ... 1 CHEVEUX ROUX 1 PIEDS ENFLES 1 ACCIDENT 1 NSP 1	INCAPAB. DE TETER 1 INCAP. DE PLEURER 1 FORTE FIEVRE 1 ERUPTION 1 TOUX 1 YEUX ROUGES 1 TOUX+VOMISSEMENTS 1 QUINTES DE TOUX .. 1 SELLES DELIEES ... 1 CHEVEUX ROUX 1 PIEDS ENFLES 1 ACCIDENT 1 NSP 1
429 Juste avant la mort, l'enfant a-t-il eu un ou plusieurs des symptômes suivants?	SPASMES MUSCUL. . 1 CONVULSIONS 1 SELLES DELIEES .. 1 CORPS RAIDE 1 PARALYSIE 1	SPASMES MUSCUL. . 1 CONVULSIONS 1 SELLES DELIEES .. 1 CORPS RAIDE 1 PARALYSIE 1	SPASMES MUSCUL. 1 CONVULSIONS 1 SELLES DELIEES . 1 CORPS RAIDE 1 PARALYSIE 1	SPASMES MUSCUL. 1 CONVULSIONS 1 SELLES DELIEES . 1 CORPS RAIDE 1 PARALYSIE 1
430 Quelle était la cause principale du décès?	TETANOS 1 COQUELUCHE 2 DIARRHEE 3 ROUGEOLE 4 PALUDISME 5 GRIPPE 6 AUTRE 7 (PRECISER) NSP 8 (PASSER A COL. SUIV.) (A 419)	TETANOS 1 COQUELUCHE 2 DIARRHEE 3 ROUGEOLE 4 PALUDISME 5 GRIPPE 6 AUTRE 7 (PRECISER) NSP 8 (PASSER A COL. SUIV.) (A 419)	TETANOS 1 COQUELUCHE 2 DIARRHEE 3 ROUGEOLE 4 PALUDISME 5 GRIPPE 6 AUTRE 7 (PRECISER) NSP 8 (PASSER A COL. SUIV.) (A 419)	TETANOS 1 COQUELUCHE 2 DIARRHEE 3 ROUGEOLE 4 PALUDISME 5 GRIPPE 6 AUTRE 7 (PRECISER) NSP 8 (PASSER A 431)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
431	Si un de vos enfants avait un cas de diarrhée aigue, comment le traiteriez-vous?	RVO 1 SOLUTION D'EAU SUCREE ET SALEE 1 BOUILLIE DE RIZ 1 PUREE DE POMMES DE TERRE 1 HOPITAL, PMI, DISPENS. . 1 PAIN DE SINGE 1 PLANTES MEDICINALES 1 GANIDAN, SIROP & AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES 1 AUTRE 1 NSP 1	
432	A quoi sert un vaccin?	PREVENIR 01 GUERIR 02 IMMUNISER 03 PREVENIR ET GUERIR 04 PREVENIR ET IMMUNISER . 05 GUERIR ET IMMUNISER ... 06 PREVENIR, GUERIR ET IMMUNISER 07 AUTRE 08 NSP 98	

SECTION 5. MARIAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
501	Etes-vous actuellement mariée?	OUI 1-- NON 2	505
502	Etes-vous célibataire, veuve, divorcée ou séparée?	CELIBATAIRE 1 VEUVE 2 DIVORCEE 3 SEPEREE 4	
503	Vivez-vous en union avec quelqu'un?	OUI 1-- NON: VEUVE, DIVORCEE, SEPEREE 2-- NON CELIBATAIRE 3	505 509
504	Avez-vous déjà vécu en union avec quelqu'un?	OUI 1-- NON 2--	509 522
505	Est-ce que votre mari (partenaire) vit avec vous ou habite ailleurs?	VIT AVEC ELLE 1 HABITE AILLEURS 2	
506	Votre mari (partenaire) a-t-il d'autres femmes en plus de vous-même?	OUI 1 NON 2--	509
507	Combien a-t-il de femmes en plus de vous-même?	NOMBRE [] NSP 8	
508	Quel est votre rang: Etes-vous la première, la seconde, la troisième, ... épouse?	RANG [] CONCUBINE 7 NSP 8	
509	Combien de fois avez-vous été mariée (ou avez-vous vécu avec un homme)	NOMBRE [] 7 FOIS OU PLUS 7 NSP 8	
510	En quel mois et quelle année avez-vous consommé votre union avec votre (premier) mari/partenaire?	MOIS [] NSP MOIS 98 ANNEE []-- NSP ANNEE 98 MARIAGE NON CONSOMME .. 97--	512 512
511	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui?	AGE..... []	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
		<u>OUI</u> <u>NON</u>	
512	Votre père et mère sont-ils encore en vie?	PERE EN VIE 1 2 MERE EN VIE 1 2	
513	Le père et la mère de votre premier mari/partenaire sont-ils encore en vie?	<u>OUI</u> <u>NON</u> <u>NSP</u> PERE DU 1er MARI 1 2 8 MERE DU 1er MARI 1 2 8	
514	ENQUETRIX: VOIR 510, 512 ET 513 TOUS EN VIE [] PAS TOUS EN VIE [] (PASSER A 517) NSP	MARIAGE NON CONSOMME [] (PASSER A 521)	
515	Votre (CITER LES PARENTS QUI NE SONT PLUS EN VIE) était-il/elle en vie quand vous aviez commencé à vivre avec votre (premier) mari/partenaire?	<u>OUI</u> <u>NON</u> <u>N.C</u> PERE DE LA FEMME 1 2 3 MERE DE LA FEMME 1 2 3 PERE DU (1er) MARI 1 2 3 MERE DU (1er) MARI 1 2 3	
516	ENQUETRIX: VOIR 515 QUELQUES PARENTS AUCUN PARENT VIVANTS AU MARIAGE VIVANT [] [] (PASSER A 520)		
517	Depuis le jour où vous avez commencé à vivre avec votre (1er) mari/partenaire, avez-vous habité, vous et votre mari, avec un de ces parents dans le même ménage pendant au moins 6 mois, d'une manière continue?	OUI 1 NON 2--→	519
518	Pendant combien d'années avez-vous vécu avec un parent?	ANNEES [] [] JUSQU'A MAINTENANT 97--→ NSP 98	520
519	Vivez-vous à présent avec un de ces parents?	OUI 1 NON 2 1ERE UNION ROMPUE 3	
520	Dans combien de localités différentes avez-vous vécu, vous et votre 1er mari, pendant 6 mois ou plus depuis que vous êtes mariée (avez commencé à vivre ensemble)?	NOMBRE DE LOCALITES [] [] NSP 98	
521	Y a-t-il un lien de parenté entre vous et votre (1er) mari/partenaire?	COUSIN PATERNEL 1 COUSIN MATERNEL 2 AUTRES PARENTS 3 PAS DE LIEN 4	
522	PRESENCE D'AUTRES PERSONNES	<u>OUI</u> <u>NON</u> ENFANTS DE <10 ANS . 1 2 MARI 1 2 AUTRES HOMMES 1 2 AUTRES FEMMES 1 2	

SECTION 6. PREFERENCE EN MATIERE DE FECONDITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
601	VOIR 501 ET 503 ET VERIFIER: ACTUELLEMENT [] AUTRES CAS [] EN UNION (PASSER A 612)		
602	Maintenant je voudrais vous poser des questions sur l'avenir. <u>VERIFIER 223:</u> PAS ENCEINTE OU PAS SURE []: Voudriez-vous avoir des (d'autres) enfants? ENCEINTE []: Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir des (d'autres) enfants?	OUI 1 NON 2 AUTRES 3 NSP OU PAS DECIDEE 8	606
603	Combien de (d'autres) garçons et de filles voudriez-vous avoir à l'ave- nir (en dehors de la grossesse actu- elle)?	NOMBRE DE GARCONS . [] [] NOMBRE DE FILLES .. [] [] DEPEND DE DIEU 95 DEPEND DU MARI 96 AUTRES 97 (PRECISER) NSP 98	
604	Si c'était à vous de décider, com- bien de temps attendriez-vous avant d'avoir un (autre) enfant (en dehors de la grossesse actuelle)?	NOMBRE DE MOIS [] [] TOUT DE SUITE 95 (DES QUE POSSIBLE) QUAND DIEU VOUDRA 96 AUTRE 97 (PRECISER) INDECISE, NSP 98	
605	De quel sexe voudriez-vous qu'il soit?	GARCON 1 FILLE 2 PAS DE PREFERENCE 3 DEPEND DE DIEU 4 AUTRE 5 (PRECISER)	
606	A votre avis, quel est le meilleur intervalle entre deux naissances?	NOMBRE DE MOIS [] [] AUTRE 97 (PRECISER) NSP 98	608

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A						
607	Pour quelle raison cet intervalle est-il le meilleur?	REPOS, SANTE DE LA MERE 01 SANTE DE L'ENFANT 02 SANTE MERE ET ENFANT .. 03 EDUCATION DES ENFANTS . 04 SANTE MERE, EDUC. ENF. 05 SANTE & EDUCATION ENF. 06 COUTUMES, RELIGION 07 AUTRE 97 (PRECISER) NSP 98							
608	Après l'accouchement, combien de temps un couple devrait-il attendre avant de reprendre les relations sexuelles?	NOMBRE DE JOURS .. <table><tr><td>1</td><td></td></tr></table> OU NOMBRE DE MOIS <table><tr><td>2</td><td></td></tr></table> OU NOMBRE D'ANNEES <table><tr><td>3</td><td></td></tr></table> AUTRE 497 (PRECISER) NSP 998	1		2		3		
1									
2									
3									
609	A votre avis, une mère devrait-elle attendre jusqu'à ce qu'elle n'allaitte plus pour reprendre les relations sexuelles?	OUI 1 NON 2 NSP 8							
610	Pensez-vous que votre mari (ou partenaire) approuve ou désapprouve les couples qui utilisent la contraception?	APPROUVE 1 DESAPPROUVE..... 2 NSP 8							
611	Combien de fois avez-vous parlé à votre mari/partenaire de la contraception au cours de l'année dernière?	JAMAIS 1 UNE OU DEUX FOIS 2 TROIS FOIS OU PLUS 3							
612	En général, approuvez-vous ou désapprouvez-vous les couples qui utilisent la contraception?	APPROUVE 1 DESAPPROUVE 2 NSP 8	614						
613	Pourquoi?	SANTE, REPOS DE LA MERE 01 SANTE DE L'ENFANT 02 SANTE MERE ET ENFANT .. 03 EDUCATION DE L'ENFANT . 04 SANTE MERE, EDUC. ENF. 05 DIFFICULTES ECONOMIQUES 06 RELIGION, COUTUMES 07 EFFETS SECONDAIRES 08 MORTALITE 09 AVANTAGES ECONOMIQUES . 10 AUTRE 97 (PRECISER) NSP 98							

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
614	<p><u>VERIFIER 212:</u></p> <p>PAS D'ENFANTS [] : Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants que vous désirez, combien voudriez-vous en avoir?</p> <p>A DES ENFANTS [] : Si vous pouviez recommencer à partir du temps où vous n'aviez pas d'enfants et pouviez choisir exactement le nombre d'enfants que vous désirez, combien voudriez-vous en avoir?</p>	<p>NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DEPEND DE DIEU 96</p> <p>AUTRE REPONSE 97</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP 98</p>	
615	<p>Combien de garçons et combien de filles voudriez-vous avoir?</p>	<p>NOMBRE DE GARCONS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOMBRE DE FILLES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DEPEND DE DIEU 96</p> <p>AUTRE 97</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP 98</p>	

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
701	VOIR 502, 503, 504 ET VERIFIER: NON-CELIBATAIRE [] AUTRES CAS [] OU A VECU AVEC (PASSER A 715) UN HOMME ↓ POSER LES QUESTIONS SUR LE MARI/PARTENAIRE ACTUEL OU LE PLUS RECENT.		
702	Est-ce que votre mari/partenaire actuel a jamais fréquenté l'école?	OUI 1 NON 2--- NSP 8---	706 706
703	Quel est le niveau le plus élevé qu'il a atteint?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 2 SUPERIEUR 3 NSP 8---	706
704	Quelle est la dernière classe qu'il a achevée?	DERNIERE CLASSE ACHEV. [] NSP 8	
705	ENQUETRICE: VOIR 704 ET VERIFIER: PRIMAIRE [] SECONDAIRE [] ↓ OU + (PASSER A 707)		
706	Peut-(pouvait-)il lire une lettre ou un journal?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
707	Quel type de travail votre mari fait (faisait)-il principalement? _____ _____ _____	[] [] []	
708	ENQUETRICE: VOIR 707 NE TRAVAILLE PAS DANS L'AGRICULTURE [] ↓ TRAVAILLE DANS L'AGRICULTURE [] ↓ N'A JAMAIS TRAVAILLE [] ↓ (PASSER A 711) ↓ (PASSER A 712)		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
709	Reçoit-(Recevait-)il un salaire régulier hebdomadaire ou mensuel?	OUI 1 NON 2 NSP 8	712
710	Est-ce que votre mari/partenaire travaille (travaillait) principalement dans son propre champ ou celui de sa famille ou celle de quelqu'un d'autre?	CHAMP PERSON. OU FAMIL... 1 AUTRE CHAMP 2	
711	Est-ce qu'il travaille (travaillait) principalement pour être payé en espèces ou en nature?	EN ESPECES 1 EN NATURE 2 NSP 8	
712	Avant de vous marier (Avant de commencer à vivre régulièrement avec un partenaire), avez-vous travaillé d'une manière régulière pour gagner de l'argent autre que de travailler au champ ou dans des affaires appartenant à votre famille?	OUI 1 NON 2 NSP 8	714 714
713	L'argent que vous avez ainsi gagné, en avez-vous donné la plus grande partie à votre famille ou en avez-vous gardé la plus grande partie pour vous-même?	FAMILLE 1 SOI-MEME 2 A PART EGALE 3	
714	Depuis que vous êtes mariée (pour la première fois) (que vous avez commencé à vivre régulièrement avec un partenaire), avez-vous jamais travaillé d'une manière régulière pour de l'argent, en dehors du travail de champ ou dans les affaires appartenant à votre famille?	OUI 1 NON 2	717 718
715	Avez-vous jamais travaillé de manière régulière pour gagner de l'argent en dehors du travail de champ ou dans les affaires appartenant à votre famille?	OUI 1 NON 2	718
716	De l'argent que vous gagniez ainsi, donniez-vous la plus grande partie à votre famille ou gardiez-vous la plus grande partie pour vous-même?	FAMILLE 1 SOI-MEME 2 A PART EGALE 3	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A				
717	En dehors du travail de champ ou dans les affaires appartenant à votre famille, travaillez-vous actuellement pour gagner de l'argent?	OUI 1 NON 2					
718	ENREGISTRER LE TEMPS	HEURE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> MINUTES..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>					

SECTION 8. POIDS ET TAILLE

<p>801 <u>ENQUETRIX</u>: VOIR TABLEAU 1.</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT EN VIE, NE ENTRE APR. 83 ET OCT. 85 (6 A 36 MOIS) ENREGISTRER LE N° DE LIGNE, LE POIDS, LA TAILLE ET LA DATE DE NAISSANCE.</p> <p>1. PRENOM ET NOM _____</p> <p>2. PRENOM ET NOM _____</p> <p>3. PRENOM ET NOM _____</p>	<p>N° DE LIGNE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>MOIS/NAISSANCE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>ANNEE/NAISSANCE 19 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>POIDS EN KG. ... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>TAILLE EN CM. .. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NON-MESURE(E) _____ (PRECISER)</p> <p>N° DE LIGNE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>MOIS/NAISSANCE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>ANNEE/NAISSANCE 19 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>POIDS EN KG. ... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>TAILLE EN CM. .. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NON-MESURE(E) _____ (PRECISER)</p> <p>N° DE LIGNE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>MOIS/NAISSANCE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>ANNEE/NAISSANCE 19 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>POIDS EN KG. ... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>TAILLE EN CM. .. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NON-MESURE(E) _____ (PRECISER)</p>																														

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

Observations de l'Enquêtrice: _____

Nom de l'enquêtrice: _____ Date: _____

OBSERVATIONS DU CONTROLEUR

Contrôleur: _____ Date: _____

OBSERVATIONS DU CONTROLEUR DE BUREAU ET DE L'AGENT DE SAISIE

Contrôleur de bureau: _____ Date: _____

Agent de saisie: _____ Date: _____

3345A/20/02/86