

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE (EDSII) 1992/1993
QUESTIONNAIRE FEMME

IDENTIFICATION																									
NOM DE LA LOCALITE (COMMUNE/VILLAGE) _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																								
NOM DU CHEF DE MENAGE _____																									
N° DU DR.....																									
N° DU MENAGE.....																									
REGION.....																									
URBAIN/RURAL (urbain=1, rural=2).....																									
DAKAR/GRANDE VILLE/VILLE/CAMPAGNE *.....																									
NOM ET NUMERO DE LIGNE DE LA FEMME _____																									
NOM ET NUMERO DE LIGNE DU MARI (S1 ENQUETE) _____																									

VISITES D'ENQUETRIX												
	1	2	3	VISITE FINALE								
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>								
NOM DE L'ENQUETRICE	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>								
RESULTAT**	_____	_____	_____	ANNEE <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>								
PROCHAINE VISITE: DATE HEURE	_____	_____	_____	CODE ENQ <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>								
	_____	_____	_____	RESULTAT <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>								
	_____	_____	_____	NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>								
<p>* VOIR QUESTIONNAIRE MENAGE</p> <p>** CODES RESULTAT:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 ENTIEREMENT REMPLI</td> <td style="width: 50%;">5 PARTIELLEMENT REMPLI</td> </tr> <tr> <td>2 PAS A LA MAISON</td> <td>6 MALADE/FRAPPE D'INCAPACITE</td> </tr> <tr> <td>3 DIFFERE</td> <td>7 AUTRE _____</td> </tr> <tr> <td>4 REFUSE</td> <td style="text-align: right;">(PRECISER)</td> </tr> </table>					1 ENTIEREMENT REMPLI	5 PARTIELLEMENT REMPLI	2 PAS A LA MAISON	6 MALADE/FRAPPE D'INCAPACITE	3 DIFFERE	7 AUTRE _____	4 REFUSE	(PRECISER)
1 ENTIEREMENT REMPLI	5 PARTIELLEMENT REMPLI											
2 PAS A LA MAISON	6 MALADE/FRAPPE D'INCAPACITE											
3 DIFFERE	7 AUTRE _____											
4 REFUSE	(PRECISER)											

LANGUE DU QUESTIONNAIRE: FRANCAIS = 1, WOLOF = 2	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>			
UTILISATION D'INTERPRETE OUI.....1, NON.....2				
LANGUE DE L'INTERVIEW: W = 1, P = 2, S = 3, M = 4, ALN = 5, F = 6				
NOM DATE	CONTROLE TERRAIN	CONTROLE BUREAU	NOM ET CODE A. SAISIE	
_____	_____	_____	_____ <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	

CALCUL DES AGES EN ANNEES REVOLUES

Utilisez la colonne de droite ou de gauche selon que l'enquêté aura fêté ou non son dernier anniversaire à la date de l'enquête.

Age en 1992	NE (E) EN	Age en 93	Age en 1992	NE (E) EN	Age en 1993			
-	-	1993	0	-	44 45	1947	45	46
0	-	1992	0	1	45 46	1946	46	47
0	1	1991	1	2	46 47	1945	47	48
1	2	1990	2	3	47 48	1944	48	49
2	3	1989	3	4	48 49	1943	49	50
3	4	1988	4	5	49 50	1942	50	51
4	5	1987	5	6	50 51	1941	51	52
5	6	1986	6	7	51 52	1940	52	53
6	7	1985	7	8	52 53	1939	53	54
7	8	1984	8	9	53 54	1938	54	55
8	9	1983	9	10	54 55	1937	55	56
9	10	1982	10	11	55 56	1936	56	57
10	11	1981	11	12	56 57	1935	57	58
11	12	1980	12	13	57 58	1934	58	59
12	13	1979	13	14	58 59	1933	59	60
13	14	1978	14	15	59 60	1932	60	61
14	15	1977	15	16	60 61	1931	61	62
15	16	1976	16	17	61 62	1930	62	63
16	17	1975	17	18	62 63	1929	63	64
17	18	1974	18	19	63 64	1928	64	65
18	19	1973	19	20	64 65	1927	65	66
19	20	1972	20	21	65 66	1926	66	67
20	21	1971	21	22	66 67	1925	67	68
21	22	1970	22	23	67 68	1924	68	69
22	23	1969	23	24	68 69	1923	69	70
23	24	1968	24	25	69 70	1922	70	71
24	25	1967	25	26	70 71	1921	71	72
25	26	1966	26	27	71 72	1920	72	73
26	27	1965	27	28	72 73	1919	73	74
27	28	1964	28	29	73 74	1918	74	75
28	29	1963	29	30	74 75	1917	75	76
29	30	1962	30	31	75 76	1916	76	77
30	31	1961	31	32	76 77	1915	77	78
31	32	1960	32	33	77 78	1914	78	79
32	33	1959	33	34	78 79	1913	79	80
33	34	1958	34	35	79 80	1912	80	81
34	35	1957	35	36	80 81	1911	81	82
35	36	1956	36	37	81 82	1910	82	83
36	37	1955	37	38	82 83	1909	83	84
37	38	1954	38	39	83 84	1908	84	85
38	39	1953	39	40	84 85	1907	85	86
39	40	1952	40	41	85 86	1906	86	87
40	41	1951	41	42	86 87	1905	87	88
41	42	1950	42	43	87 88	1904	88	89
42	43	1949	43	44	88 89	1903	89	90
43	44	1948	44	45	89 90	1902	90	91

SECTION 1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE L'ENQUETEE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE..... MINUTES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
102	Pour commencer, je voudrais vous poser quelques questions sur vous-même et votre ménage. La plus grande partie des 12 premières années de votre vie, avez-vous vécu à Dakar, dans une grande ville, une ville ou à la campagne?	DAKAR.....1 GRANDE VILLE.....2 VILLE.....3 CAMPAGNE.....4 AUTRE PAYS.....5	
103	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DE LA LOCALITE ACTUELLE DE RESIDENCE)? _____	ANNEES..... TOUJOURS.....95 VISITEUR.....96	<input type="text"/> 105
104	Juste avant de vous installer ici, avez-vous vécu à Dakar, dans une grande ville, une ville ou à la campagne?	DAKAR.....1 GRANDE VILLE.....2 VILLE.....3 CAMPAGNE.....4 AUTRE PAYS.....5	
105	En quel mois et quelle année êtes-vous née?	MOIS..... NSP MOIS.....98 ANNEE..... NSP ANNEE.....98	<input type="text"/> 98 <input type="text"/> 98
106	Quel âge avez-vous actuellement? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOMPATIBLES	AGE EN ANNEES REVOLUES.....	<input type="text"/>
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, secondaire ou supérieur?	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE.....2 SUPERIEUR.....3	
109	Quelle est la dernière (classe, année) que vous avez achevée dans ce niveau?	CLASSE.....	<input type="text"/>
110	VERIFIER 108: PRIMAIRE <input type="checkbox"/> SECONDAIRE OU SUPERIEUR <input type="checkbox"/>		112
111	Pouvez-vous lire et comprendre une lettre ou un journal facilement, difficilement ou pas du tout?	FACILEMENT.....1 DIFFICILEMENT.....2 PAS DU TOUT.....3	113
112	Avez-vous l'habitude de lire un journal ou un magazine, au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	
113	Etes-vous sénégalais?	OUI.....1 NON.....2	115
114	Quelle est votre ethnie?	WOLOF/LEBOU.....1 POULAR.....2 SERER.....3 MANDINGUE/SOCE/MALINKE.....4 DIOLA.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	

115	VERIFIER 0.4 DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE :	
	L'ENQUETEE N'EST PAS RESIDENTE <input type="checkbox"/>	L'ENQUETEE EST RESIDENTE <input type="checkbox"/> → 201

116	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur l'endroit où vous vivez habituellement. Vivez-vous habituellement à Dakar, dans une grande ville, une ville ou à la campagne? SI VILLE: Dans quelle ville vivez-vous? _____	DAKAR.....1 GRANDE VILLE.....2 VILLE.....3 CAMPAGNE.....4 AUTRE PAYS.....5 → 118
-----	---	--

117	Dans quelle region est-ce situe? _____	REGION..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
-----	---	---

118	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur le ménage dans lequel vous vivez habituellement. D'où provient l'eau que votre ménage utilise pour se laver les mains et pour laver la vaisselle?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LA CONCESSION...11 → 120 BORNE FONTAINE.....12 EAU DE PUIITS PUIITS DANS LA CONCESSION...21 → 120 PUIITS PUBLIC.....22 FORAGE.....23 EAU DE SURFACE RIVIERE/RUISSEAU/FLEUVE.....31 MARE/LAC/MARIGOT.....32 SOURCE.....33 BARRAGE.....34 EAU DE PLUIE.....41 → 120 CAMION CITERNE.....51 EAU EN BOUTEILLE.....61 → 120 AUTRE.....71 (PRECISER)
-----	---	---

119	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir?	MINUTES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SUR PLACE.....996
-----	--	--

120	Pour boire, votre ménage utilise-t-il l'eau de la même origine?	OUI.....1 → 122 NON.....2
-----	---	------------------------------

121	D'où provient l'eau que boivent les membres de votre ménage?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LA CONCESSION...11 BORNE FONTAINE.....12 EAU DE PUIITS PUIITS DANS LA CONCESSION...21 PUIITS PUBLIC.....22 FORAGE.....23 EAU DE SURFACE RIVIERE/RUISSEAU/FLEUVE.....31 MARE/LAC/MARIGOT.....32 SOURCE.....33 BARRAGE.....34 EAU DE PLUIE.....41 CAMION CITERNE.....51 EAU EN BOUTEILLE.....61 AUTRE.....71 (PRECISER)
-----	--	---

122	Quel genre de toilettes y a-t-il dans votre ménage?	CHASSE D'EAU CHASSE D'EAU PERSONNELLE...11 CHASSE D'EAU EN COMMUN...12 FOSSE/LATRINE FOSSE.....21 LATRINE.....22 PAS DE TOILETTES DS LE MEN...31 AUTRE.....41 (PRECISER)
-----	---	--

123	Dans votre ménage, avez-vous?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>L'électricité?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Une radio?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Une télévision?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Un réfrigérateur/congelateur?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Une video?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	L'électricité?	1	2	Une radio?	1	2	Une télévision?	1	2	Un réfrigérateur/congelateur?	1	2	Une video?	1	2
	OUI	NON																		
L'électricité?	1	2																		
Une radio?	1	2																		
Une télévision?	1	2																		
Un réfrigérateur/congelateur?	1	2																		
Une video?	1	2																		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A												
124	Dans votre ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir?	PIECES..... <input type="text"/> <input type="text"/>													
125	Pouvez-vous décrire le plancher de votre logement?	PLANCHER NATUREL TERRE/SABLE.....11 BOUSE.....12 PLANCHER FINI PARQUET OU BOIS CIRE.....31 BANDE DE VINYLE OU TAPIS.....32 CARRELAGE.....33 CIMENT.....34 MOQUETTE.....35 AUTRE.....41 (PRÉCISER)													
126	Y-a-t-il quelqu'un de votre ménage qui possède: Une bicyclette? Une mobylette ou motocyclette? Une voiture?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BICYCLETTE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VOITURE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	BICYCLETTE.....	1	2	MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....	1	2	VOITURE.....	1	2	
	OUI	NON													
BICYCLETTE.....	1	2													
MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....	1	2													
VOITURE.....	1	2													

3

SECTION 2. REPRODUCTION

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

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

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

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

01] (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARC..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 v 220	AGE EN ANNEES	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELOU'UN AUT...3 (PASSER A NAIS-SANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3
02] (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARC..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 v 220	AGE EN ANNEES	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELOU'UN AUT...3 (PASSER A NAIS-SANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3
03] (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARC..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 v 220	AGE EN ANNEES	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELOU'UN AUT...3 (PASSER A NAIS-SANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3
04] (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARC..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 v 220	AGE EN ANNEES	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELOU'UN AUT...3 (PASSER A NAIS-SANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3
05] (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARC..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 v 220	AGE EN ANNEES	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELOU'UN AUT...3 (PASSER A NAIS-SANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3
06] (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARC..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 v 220	AGE EN ANNEES	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELOU'UN AUT...3 (PASSER A NAIS-SANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3
07] (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARC..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 v 220	AGE EN ANNEES	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELOU'UN AUT...3 (PASSER A NAIS-SANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3
08] (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARC..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 v 220	AGE EN ANNEES	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELOU'UN AUT...3 (PASSER A NAIS-SANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3

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

09	SIMP...1 MULT...2	GARC...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNÉES	OUI...1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON...2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNÉES...3
(NOM)								
10	SIMP...1 MULT...2	GARC...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNÉES	OUI...1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON...2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNÉES...3
(NOM)								
11	SIMP...1 MULT...2	GARC...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNÉES	OUI...1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON...2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNÉES...3
(NOM)								
12	SIMP...1 MULT...2	GARC...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNÉES	OUI...1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON...2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNÉES...3
(NOM)								
13	SIMP...1 MULT...2	GARC...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNÉES	OUI...1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON...2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNÉES...3
(NOM)								
14	SIMP...1 MULT...2	GARC...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNÉES	OUI...1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON...2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A 221)	JOURS...1 MOIS...2 ANNÉES...3
(NOM)								

221 COMPARER 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET NOTER:

LES NOMBRES SONT LES MEMES

LES NOMBRES SONT DIFFÉRENTS (VÉRIFIER ET CORRIGER)

VÉRIFIER: POUR CHAQUE NAISSANCE: L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE

POUR CHAQUE ENFANT VIVANT: L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ

POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ: L'ÂGE AU DÉCÈS EST ENREGISTRÉ

POUR L'ÂGE AU DÉCÈS 12 MOIS: VÉRIFIER POUR DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS

222 VÉRIFIER 215 ET ENTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES DEPUIS LE 1er JANVIER 1987 S'IL N'Y EN A PAS, INSCRIRE '0'.

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
223	Êtes-vous enceinte en ce moment?	OUI.....1 NON.....2 PAS SURE.....8	226
224	De combien de mois êtes-vous enceinte?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
225	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous devenir enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous ne pas tomber enceinte?	A CE MOMENT-LA.....1 PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PAS.....3	
226	Il y a combien de temps que vos dernières règles ont commencé?	JOURS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEES.....4 <input type="text"/> <input type="text"/> EN MENOPAUSE.....994 AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...995 JAMAIS EU DE REGLES.....996	
227	Entre le premier jour des règles d'une femme et le premier jour de ses règles suivantes, y-a-t-il certains moments où elle a plus de chances de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	301
228	A quel moment du cycle menstruel une femme a-t-elle le plus de chances de tomber enceinte?	PENDANT SES REGLES.....1 JUSTE APRES LA FIN DE SES REGLES.....2 AU MILIEU DU CYCLE.....3 JUSTE AVANT LE DEBUT DE SES REGLES.....4 AUTRE.....5 (PRÉCISER) NSP.....8	

SECTION 3: CONTRACEPTION, MST ET SIDA

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

ENCERCLER LE CODE 1 DANS 302 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE D'UNE MANIERE SPONTANEE.
 PUIS CONTINUER LA COLONNE EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE NON MENTIONNEE SPONTANEMENT.
 ENCELER LE CODE 2 SI LA METHODE EST RECONNUE, ET LE CODE 3 SI NON.
 PUIS, POUR CHAQUE METHODE AYANT LE CODE 1 OU 2 ENCELER DANS 302, POSER 303-304 AVANT DE PASSER A LA METHODE SUIVANTE.

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

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
306	Avez-vous jamais utilisé ou essayé un moyen quelconque pour retarder ou éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2	324
307	Qu'avez-vous fait ou utilisé? COMBIEN 303-304 (ET 302 SI NECESSAIRE). PASSER A 308		
308	Maintenant je voudrais vous parler du moment où, pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte. Combien d'enfants vivants aviez-vous à ce moment-là? SI AUCUN, INSCRIRE '00'.	NOMBRE D'ENFANTS..... <input type="text"/>	
309	VERIFIER 223: PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		324
310	VERIFIER 303: FEMME NON STERILISEE <input type="checkbox"/> FEMME STERILISEE <input type="checkbox"/>		312A
311	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2	324
312	Quelle méthode utilisez-vous?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 NORPLAN.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....06 CONDOM/SPERMICIDES.....07 STERILISATION FEMININE.....08 STERILISATION MASCULINE.....09 CONTINENCE PERIODIQUE.....10 RETRAIT.....11 AUTRE.....12 (PRECISER)	318 323
312A	ENCERCLER "08" POUR LA STERILISATION FEMININE		
313	Au moment où vous avez commencé à utiliser la pilule pour la première fois, avez-vous consulté un médecin, une sage-femme ou une infirmière?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
314	Au moment où vous vous êtes procuré la pilule la dernière fois, avez-vous consulté un médecin, une sage-femme ou une infirmière?	OUI.....1 NON.....2	
315	Puis-je voir la boîte de pilule que vous utilisez en ce moment? (INSCRIRE LE NOM DE LA MARQUE) .	BOITE VUE.....1 NOM DE LA MARQUE : <input type="text"/> BOITE NON VUE.....2	317
316	Quel est le nom de la marque des pilules que vous utilisez en ce moment? (INSCRIRE LE NOM DE LA MARQUE) .	NOM DE LA MARQUE: <input type="text"/> NSP.....98	
317	Combien vous coûte une (boîte/cycle) de pilules?	PRIX..... <input type="text"/> GRATUIT.....9996 NSP.....9998	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
318	<p>VERIFIER 312:</p> <p>ELLE/IL EST STÉRILISÉ(E) <input type="checkbox"/></p> <p>UTILISE UNE AUTRE METHODE <input type="checkbox"/></p> <p>V OÙ a eu lieu la stérilisation?</p> <p>V OÙ avez-vous obtenu (METHODE) la dernière fois?</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL.....11</p> <p>CENTRE SANTE/PMI.....12</p> <p>POSTE DE SANTE/DISPENSAIRE.....13</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....21</p> <p>PHARMACIE.....22</p> <p>DOCTEUR PRIVE.....23</p> <p>AUTRE SECTEUR PRIVE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE.....31</p> <p>EGLISE.....32</p> <p>CONNAISSANCES/PARENTES.....33</p> <p>AUXILIAIRE.....41</p> <p>AUTRE.....51</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>	→321
319	<p>Combien de temps faut-il pour aller de chez vous à cet endroit?</p> <p>SI MOINS DE 2 HEURES, INSCRIRE LA REponse EN MINUTES. AUTREMENT, INSCRIRE EN HEURES.</p>	<p>MINUTES.....1</p> <p>HEURES.....2</p> <p>NSP.....9998</p>	
320	<p>Est-ce facile ou difficile de se rendre là-bas?</p>	<p>FACILE.....1</p> <p>DIFFICILE.....2</p>	
321	<p>VERIFIER 312:</p> <p>ELLE/IL EST STÉRILISÉ(E) <input type="checkbox"/></p> <p>UTILISE UNE AUTRE METHODE <input type="checkbox"/></p>		→323
322	<p>En quel mois et quelle année la stérilisation a-t-elle eu lieu?</p>	<p>MOIS.....</p> <p>ANNEE.....</p>	→334
323	<p>Depuis combien de mois utilisez-vous (METHODE ACTUELLE) de façon continue?</p> <p>SI MOINS DE 1 MOIS, INSCRIRE '00'.</p>	<p>MOIS.....</p> <p>8 ANS OU PLUS.....96</p>	→329
324	<p>Avez-vous l'intention d'utiliser, dans l'avenir, une méthode pour retarder une grossesse ou pour éviter de tomber enceinte?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	→326 →330
325	<p>Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas l'intention d'utiliser une méthode?</p>	<p>VEUT DES ENFANTS.....01</p> <p>MANQUE D'INFORMATION.....02</p> <p>PARTENAIRE DESAPPROUVE.....03</p> <p>COUT TROP ELEVE.....04</p> <p>EFFETS SECONDAIRES.....05</p> <p>PROBLEMES DE SANTE.....06</p> <p>DIFFICILE A OBTENIR.....07</p> <p>RELIGION.....08</p> <p>OPPOSEE A LA PLANIF. FAMILIALE.....09</p> <p>FATALISTE.....10</p> <p>AUTRES PERSONNES DESAPPROUVENT.....11</p> <p>RAPPORTS SEX. PEU FREQUENTS.....12</p> <p>DIFFICULTE A TOMBER ENCEINTE.....13</p> <p>MENOPAUSE/A EU HYSTERECTOMIE.....14</p> <p>PAS COMMODE.....15</p> <p>NON MARIEE.....16</p> <p>AUTRE.....17</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>	→330
326	<p>Avez-vous l'intention d'utiliser une méthode dans les 12 prochains mois?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	
327	<p>Quand vous utiliserez une méthode, quelle méthode préféreriez-vous utiliser?</p>	<p>PILULE.....01</p> <p>DIU.....02</p> <p>INJECTION.....03</p> <p>NORPLAN.....04</p> <p>DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05</p> <p>CONDOM.....06</p> <p>CONDOM/SPERMICIDES.....07</p> <p>STERILISATION FEMINE.....08</p> <p>STERILISATION MASCULINE.....09</p> <p>CONTINENCE PERIODIQUE.....10</p> <p>RETRAIT.....11</p> <p>AUTRE.....12</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>	→330

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	A
338	Dans quelles langues sont diffusées les émissions que vous écoutez le plus souvent à la radio? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DECLAREES .	WLOF.....A POULAR.....B SERER.....C MANDINGUE.....D DIOLA.....E FRANCAIS.....F AUTRE L.M.G (PRECISER)	
339	Regardez-vous la télévision au moins une fois dans la semaine?	OUI.....1 NON.....2 → 342	
340	A quelles heures préférez-vous regarder la télévision? BI PAS DE PREFERENCE, INSCRIRE "98" .	1er CHOIX..... <input type="text"/> 2ème CHOIX..... <input type="text"/> 3ème CHOIX..... <input type="text"/>	
341	Dans quelles langues sont diffusées les émissions que vous regardez le plus souvent à la télévision? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DECLAREES .	WLOF.....A POULAR.....B SERER.....C MANDINGUE.....D DIOLA.....E FRANCAIS.....F AUTRE L.M.G (PRECISER)	
342	Approuvez-vous ou désapprouvez-vous la diffusion d'informations sur la planification familiale à la radio ou à la télévision?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 SAHS OPINION.....0	
343	VERIFIER 303: AU MOINS UN "OUI" (A UTILISE UNE METHODE) <input type="checkbox"/> AUCUN OUI (N'A JAMAIS UTILISE) <input type="checkbox"/> → 347		
344	Quand vous avez commencé à utiliser votre dernière méthode (ou méthode actuelle), qui en avait pris la décision, vous seule? votre mari seul? à deux? ou une autre personne?	ELLE SEULE.....1 MARI SEUL.....2 COUPLE.....3 AUTRE.....4 (PRECISER)	
345	VERIFIER 223, 303 ET 311: ENCEINTE <input type="checkbox"/> PAS ENCEINTE ET N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> UTILISE UNE METHODE OU EST STERILISEE <input type="checkbox"/> → 347		
346	Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez abandonné votre dernière méthode? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DECLAREES .	VOULAIT ENFANT.....A EFFETS SECONDAIRES.....B TOMBEE ENCEINTE/ECHEC CONTRA.....C DIFFICILE A OBTENIR.....D COUT ELEVE.....E PARENTS DESAPPROUVENT.....F RELIGION.....G PAS DE RAPP. SEXUEL.....H PAS COMMODE.....I AUTRE.....J (PRECISER)	
347	Savez-vous qu'il existe des maladies sexuellement transmissibles ?	OUI.....1 NON.....2 → 356	
348	Quelles maladies sexuellement transmissibles connaissez-vous ? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DECLAREES .	SYPHILISA BLENNORAGIE/CHAMCRE MOU/ GONOCOCCIE/CHAUD DE PISSE.....B SIDAC AUTRED (PRECISER) NSPE	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	A
362	<p>Selon vous, y-a-t-il des risques importants, moyens faibles, ou bien n'y-a-t-il pas du tout de risque que vous attrapiez le SIDA?</p>	IMPORTANTS.....1 MOYENS.....2 FAIBLES.....3 PAS DU TOUT.....4 NSP.....8	
363	<p>Connaissez-vous un (des) mode(s) de transmission du SIDA ?</p>	OUI.....1 NON.....2 → 365 NSP.....8	
364	<p>Quel(s) mode(s) de transmission du SIDA connaissez-vous ?</p> <p>ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REponses DECLAREES .</p>	RAPP. SEX. PART..... A RAPP. SEX. PROST..... B RAPP. HOMOSEX..... C TRANSF. SANG..... D INJECTION..... E ALLAITEMENT..... F LAME/RASOIR..... G TATOUAGE..... H AUTRE _____ I (PRECISER)	
365	<p>Selon vous, peut-on prévenir le SIDA?</p>	OUI.....1 NON.....2 → 367 NSP.....8	
366	<p>Que faites (ferez)-vous pour vous protéger contre le SIDA?</p> <p>ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REponses DECLAREES .</p>	PARTENAIRE UNIQUE..... A FID. AUX PARTENAIRE..... B CONDOM..... C ABSTINENCE..... D EVITER PROSTITUEES..... E EVITER INJECTION..... F EVITER TRANSFUSION..... G AUTRE _____ H (PRECISER)	
367	<p>Selon vous, peut-on guérir le SIDA?</p>	OUI.....1 NON.....2 → 401 NSP.....8	
368	<p>Selon vous, où peut-on obtenir des informations sur le traitement du SIDA?</p> <p>ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REponses DECLAREES .</p>	FORMATION SANITAIRE..... A PERSONNEL SANTE..... B GUERISSEUR/MARABOUT..... C AUTRE _____ D (PRECISER)	

SECTION 4A. GROSSESSE ET ALLAITEMENT

(PRECISER)

401	VERIFIER 222 : UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS LE 1er JANV.1987 <input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE DEPUIS LE 1er JANV.1987 <input type="checkbox"/> (PASSER A 501)		
402	INSCRIRE LE NOM, LE N° DE LIGNE ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS LE 1er JANV.1987 DANS LE TABLEAU. POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE TROIS NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE). Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions à propos de la santé des enfants que vous avez eus durant les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois)			
	N° DE LIGNE DE LA Q. 212	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	SELON Q. 212 ET Q. 216	DERNIERE NAISSANCE NOM VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	
403	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), voulez-vous tomber enceinte à ce moment là, attendre plus tard ou voulez-vous ne plus avoir d'enfants ?	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405)<.....1 PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 405)<..... SANS OPINION.....8	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405)<.....1 PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 405)<..... SANS OPINION.....8	
404	Combien de temps auriez-vous voulu attendre?	MOIS.....1 <input type="text"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> NSP.....998	MOIS.....1 <input type="text"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> NSP.....998	
405	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous vu quelqu'un pour une consultation concernant cette grossesse? SI OUI, qui avez-vous vu? Avez-vous vu quelqu'un d'autre? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DECLAREES .	PERSONNEL DE LA SANTE MEDECIN.....A AGENT SANIT./INFIRMIERE/ SAGE-FEMME.....B AUTRE PERSONNEL MATRONNE.....C ACCOUCH. TRAD.....D AUTRE.....E (PRECISER) AUCUNE PERSONNE.....F (PASSER A 409)<.....	PERSONNEL DE LA SANTE MEDECIN.....A AGENT SANIT./INFIRMIERE/ SAGE-FEMME.....B AUTRE PERSONNEL MATRONNE.....C ACCOUCH. TRAD.....D AUTRE.....E (PRECISER) AUCUNE PERSONNE.....F (PASSER A 409)<.....	PERSONNEL DE LA SANTE MEDECIN.....A AGENT SANIT./INFIRMIERE/ SAGE-FEMME.....B AUTRE PERSONNEL MATRONNE.....C ACCOUCH. TRAD.....D AUTRE.....E (PRECISER) AUCUNE PERSONNE.....F (PASSER A 409)<.....
406	Vous a-t-on donné un carnet prénatal pour cette grossesse?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
407	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez vu quelqu'un pour la première fois pour une consultation concernant cette grossesse?	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98	
408	Combien de visites prénatales avez-vous faites pendant cette grossesse?	NBRE DE VISITES..... <input type="text"/> NSP.....98	NBRE DE VISITES..... <input type="text"/> NSP.....98	
409	Quand vous étiez enceinte de (NOM) vous a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'attraper le tétanos, c'est-à-dire les convulsions après la naissance?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 411)<..... NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 411)<..... NSP.....8	
410	Combien de fois avez-vous eu cette injection?	NOMBRE..... <input type="text"/> NSP.....8	NOMBRE..... <input type="text"/> NSP.....8	

		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
411	Où avez-vous accouché de (NOM)?	MAISON PROPRE MAISON.....11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 CENTRE SANTE.....22 POSTE DE SANTE.....23 SECTEUR PRIVE HOP. PRI./CLINIQUE....31 AUTRE.....41 (PRECISER)	MAISON PROPRE MAISON.....11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 CENTRE SANTE.....22 POSTE DE SANTE.....23 SECTEUR PRIVE HOP. PRI./CLINIQUE....31 AUTRE.....41 (PRECISER)	MAISON PROPRE MAISON.....11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 CENTRE SANTE.....22 POSTE DE SANTE.....23 SECTEUR PRIVE HOP. PRI./CLINIQUE....31 AUTRE.....41 (PRECISER)
412	Qui vous a assisté pour l'accouchement de (NOM)? Quelqu'un d'autre? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DECLAREES.	PERSONNEL DE LA SANTE MEDECIN.....A AGENT SANIT./INFIRMIERE/ SAGE-FEMME.....B AUTRE PERSONNEL MATRONNE.....C ACCOUCH. TRAD.....D AUTRE.....E (PRECISER) AUCUNE PERSONNE.....F	PERSONNEL DE LA SANTE MEDECIN.....A AGENT SANIT./INFIRMIERE/ SAGE-FEMME.....B AUTRE PERSONNEL MATRONNE.....C ACCOUCH. TRAD.....D AUTRE.....E (PRECISER) AUCUNE PERSONNE.....F	PERSONNEL DE LA SANTE MEDECIN.....A AGENT SANIT./INFIRMIERE/ SAGE-FEMME.....B AUTRE PERSONNEL MATRONNE.....C ACCOUCH. TRAD.....D AUTRE.....E (PRECISER) AUCUNE PERSONNE.....F
413	(NOM) est-il/elle né(e) à terme ou prématurément?	A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8	A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8	A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8
414	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne?	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
415	Quand (NOM) est né(e), était-il/elle: gros(se), moyen(ne), ou petit(e)?	GROS.....1 MOYEN.....2 PETIT.....3 NSP.....8	GROS.....1 MOYEN.....2 PETIT.....3 NSP.....8	GROS.....1 MOYEN.....2 PETIT.....3 NSP.....8
416	(NOM) a-t-il/elle été pesé(e) à la naissance?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 418)<	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 419)<	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 419)<
417	Combien pesait-il/elle?	KILOGRAMMES..... <input type="text"/> , <input type="text"/> NSP.....98	KILOGRAMMES..... <input type="text"/> , <input type="text"/> NSP.....98	KILOGRAMMES..... <input type="text"/> , <input type="text"/> NSP.....98
418	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 420)<		
419	Vos règles sont-elles revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante?		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 423)<	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 423)<
420	Pendant combien de temps après la naissance de (NOM) n'avez vous pas eu de règles ?	JOUR.....1 <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> NSP.....998	JOUR.....1 <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> NSP.....998	JOUR.....1 <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> NSP.....998
421	VOIR 223: FEMME ENCEINTE?	PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/>	ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> (PASSER A 423)	
422	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 424)<		

		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
423	Pendant combien de temps après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels?	JOUR.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	JOUR.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	JOUR.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998
424	Avez-vous allaité (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 426)← NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 433)← NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 433)← NON.....2
425	Pourquoi n'avez-vous pas allaité (NOM)?	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AUTRE.....08 (PRECISER) (PASSER A 435)←	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AUTRE.....08 (PRECISER) (PASSER A 435)←	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AUTRE.....08 (PRECISER) (PASSER A 435)←
426	Combien de temps après sa naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois? SI MOINS DE 1 HEURE, INSCRIRE '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, INSCRIRE DES HEURES. AUTREMENT, INSCRIRE DES JOURS.	IMMEDIATEMENT.....000 HEURES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/>		
427	VOIR 216: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ OCEDE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 433)		
428	Allaité-vous encore (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 433)←		
429	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière entre le coucher et le lever du soleil? SI REPONSE NON NUMERIQUE, INSISTER POUR EVALUER LE NOMBRE.	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE NUIT..... <input type="text"/> <input type="text"/>		
430	Combien de fois avez-vous allaité hier, pendant les heures de jour entre le lever et le coucher du soleil? SI REPONSE NON NUMERIQUE, INSISTER POUR EVALUER LE NOMBRE.	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/>		
431	Avez-vous donné à un moment quelconque hier ou la nuit dernière un des éléments suivants à (NOM):	OUI NON EAU.....1 2 JUS.....1 2 LAIT EN BOITE/POUDRE..1 2 LAIT DE VACHE/CHEVRE..1 2 QUINQUELIBA.....1 2 AUTRE LIQUIDE1 2 (PRECISER) BOUILLIE DE MIL.....1 2 CERELAC.....1 2 ALIMENTS SOLIDES.....1 2		
432	VOIR 431 : NOURRITURE OU LIQUIDE DONNEE IER :	"OUI" POUR RIEN DU TOUT UN OU PLUS <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 437) <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 436)		

	DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	
433	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM)? MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JUSQU'A SON DECES.....96 (PASSER A 436) <-----	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JUSQU'A SON DECES.....96 (PASSER A 436) <-----	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JUSQU'A SON DECES.....96 (PASSER A 436) <-----	
434	Pourquoi avez-vous arrêté d'allaiter (NOM)? MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE.....11 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE.....11 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE.....11 (PRECISER)	
435	VOIR 216: ENFANT VIVANT? VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> V (PASSER A 437)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> V (PASSER A 437)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> V (PASSER A 437)	
436	Aviez-vous donné à (NOM) de l'eau, ou quelque chose d'autre à boire ou à manger (autre que le lait maternel)? OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 440) <-----	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 440) <-----	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 440) <-----	
437	Combien de mois avait (NOM) quand vous avez commencé à lui donner les choses suivantes de façon régulière?: Lait en boîte ou lait autre que le lait maternel? Eau? Quinquéliba? Jus de fruit Autres liquides ? Autres aliments solides ou en bouillie ? SI MOINS DE 1 MOIS, INSCRIRE '00'.	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE REGUL.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE REGUL.....96 (PASSER A 440)	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE REGUL.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE REGUL.....96 (PASSER A 440)	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE REGUL.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS DONNE REGUL.....96 (PASSER A 440)
438	VOIR 216: ENFANT VIVANT? VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> V (PASSER A 440)			
439	(NOM) a-t-il/elle bu quelque chose au biberon, hier ou la nuit dernière? OUI.....1 NON.....2 HSP.....8			
440	RETOURNER A 403 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OUI, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A LA PREMIERE COLONNE DE 441 :			

SECTION 4B. VACCINATION ET SANTE

441 NOTER LE NOM ET LE N° DE LIGNE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS LE 1er JANVIER 1987 DANS LE TABLEAU. POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE TROIS NAISSANCES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).

N° DE LIGNE DE LA Q. 212	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------------------	----------------------	----------------------	----------------------

SELON Q. 212 ET Q. 216	DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISS.		AV. AVANT-DERNIERE NAISS.	
	NOM	NOM	NOM	NOM	NOM	NOM
	VIVANT <input type="checkbox"/>	DECEDE <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/>	DECEDE <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/>	DECEDE <input type="checkbox"/>

442 Avez-vous un carnet de santé (carte) ou les vaccinations de (NOM) sont inscrites? SI OUI: Puis-je le voir, s'il vous plaît?	OUI, VU.....1 (PASSER A 444)←	OUI, VU.....1 (PASSER A 444)←	OUI, VU.....1 (PASSER A 444)←
	OUI, NON VU.....2 (PASSER A 446)←	OUI, NON VU.....2 (PASSER A 446)←	OUI, NON VU.....2 (PASSER A 446)←
	PAS DE CARNET.....3	PAS DE CARNET.....3	PAS DE CARNET.....3

443 Avez-vous jamais eu de carnet de santé pour (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 446)←	OUI.....1 (PASSER A 446)←	OUI.....1 (PASSER A 446)←
	NON.....2	NON.....2	NON.....2

444 (1) COPIER LES DATES DE VACCINATIONS POUR CHAQUE VACCIN A PARTIR DU CARNET. (2) INSCRIRE '44' DANS LA COLONNE 'JOUR', SI LA CARTE (OU LE CARNET) INDIQUE QU'UNE VACCINATION A ETE FAITE MAIS LA DATE N'A PAS ETE REPORTEE. BCG POLIO 1 POLIO 2 POLIO 3 D+Coq 1 D+Coq 2 D+Coq 3 ROUGEOLE FIEVRE JAUNE	JOUR MOIS ANNEE			
	BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	P1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	P2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	P3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	D1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	D2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	D3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ROU	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	FJ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

445 (NOM) a-t-il reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur ce carnet? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUETEE MENTIONNE LE(S) VACCIN(S) DU BCG, D+Coq 1-3, POLIO 1-3, ROUGEOLE, ET/OU FIEVRE JAUNE	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 444, PUIS, PASSER A Q.448)←	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 444, PUIS, PASSER A Q.448)←	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 444, PUIS, PASSER A Q.448)←
	NON.....2	NON.....2	NON.....2
	NSP.....8 (PASSER A 448)←	NSP.....8 (PASSER A 448)←	NSP.....8 (PASSER A 448)←

446 (NOM) a-t-il/elle jamais reçu de vaccination pour lui éviter d'attraper des maladies?	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1
	NON.....2 (PASSER A 448)←	NON.....2 (PASSER A 448)←	NON.....2 (PASSER A 448)←
	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8

447 S'il vous plaît, dites-moi si (NOM) a reçu une des vaccinations suivantes: Une vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans l'épaule gauche qui a laissé une cicatrice? Une vaccination contre la polio, c'est à dire des gouttes dans la bouche? SI OUI: Combien de fois? Une injection contre la rougeole? Une injection contre la fièvre jaune?	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1
	NON.....2	NON.....2	NON.....2
	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8
	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>
	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1
	NON.....2	NON.....2	NON.....2
	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8
	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1
	NON.....2	NON.....2	NON.....2
	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8
	OUI.....1	OUI.....1	OUI.....1
	NON.....2	NON.....2	NON.....2
	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8

		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
448	VOIR 216: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 450)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 450)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 450)
449	RETOURNER A 442 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A 480.			
450	(NOM) a-t-il/elle eu de la fièvre à un moment quelconque dans les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
451	(NOM) a-t-il/elle souffert de la toux à un moment quelconque dans les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 455)←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 455)←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 455)←
452	(NOM) a-t-il/elle souffert de la toux dans les dernières 24 heures?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
453	Pendant combien de jours a duré la toux/depuis combien de jours dure la toux? SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
454	Quand (NOM) souffrait de la toux, respirait-il/elle plus rapidement que d'habitude (avec un souffle court et rapide?)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
455	VOIR 450 ET 451: FIEVRE OU TOUX?	"OUI" DANS 450 OU 451 <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER A 460)	"OUI" DANS 450 OU 451 <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER A 460)	"OUI" DANS 450 OU 451 <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER A 460)
456	Est-ce que quelque chose a été donné pour traiter la fièvre/toux?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 458)←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 458)←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 458)←
457	Où'est-ce qui a été donné pour traiter la fièvre/toux? Quelque chose d'autre? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DECLAREES.	INJECTION.....A ANTIBIOTIQUE (COMPRIME OU SIROP).....B ANTI-PALUDEEN (COMPRIME OU SIROP).....C SIROP CONTRE LA TOUX.....D AUTRE COMPRIME OU SIROP.....E REMEDE-MAISON/PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE.....H (PRECISER)	INJECTION.....A ANTIBIOTIQUE (COMPRIME OU SIROP).....B ANTI-PALUDEEN (COMPRIME OU SIROP).....C SIROP CONTRE LA TOUX.....D AUTRE COMPRIME OU SIROP.....E COMPRIME OU SIROP INCOM.....F REMEDE-MAISON/PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE.....H (PRECISER)	INJECTION.....A ANTIBIOTIQUE (COMPRIME OU SIROP).....B ANTI-PALUDEEN (COMPRIME OU SIROP).....C SIROP CONTRE LA TOUX.....D AUTRE COMPRIME OU SIROP.....E COMPRIME OU SIROP INCOM.....F REMEDE-MAISON/PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE.....H (PRECISER)
458	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la fièvre/toux?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 460)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 460)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 460)←
459	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement? A quelqu'un d'autre? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DECLAREES.	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE SANTE.....B POSTE SANTE.....C PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOP. PRIVE.....E PHARMACIE.....F DOCTEUR PRIVE.....G PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....H AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....I TRADITIONNEL.....J AUTRE.....K (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE SANTE.....B POSTE SANTE.....C PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOP. PRIVE.....E PHARMACIE.....F DOCTEUR PRIVE.....G PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....H AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....I TRADITIONNEL.....J AUTRE.....K (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE SANTE.....B POSTE SANTE.....C PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOP. PRIVE.....E PHARMACIE.....F DOCTEUR PRIVE.....G PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....H AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....I GUERISSEUR TRADITIONNEL.....J AUTRE.....K (PRECISER)

	DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS.	AV. AVANT-DERNIERE NAISS.	
	NOM _____	NOM _____	NOM _____	
460	(NON) a-t-il/elle eu la diarrhée durant les deux dernières semaines? OUI.....1 (PASSER A 462) <-----> NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 (PASSER A 462) <-----> NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 (PASSER A 462) <-----> NON.....2 NSP.....8	
461 RETOURNER A 442 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A 480 .				
462	(NON) a-t-il/elle eu la diarrhée durant les dernières 24 heures? OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
463	Combien de jours (a duré la diarrhée/depuis combien de jours dure la diarrhée)? SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00'. JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
464	Y-avait-il du sang dans les selles? OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 468)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 468)	
465	VOIR 424/428: DERNIER ENFANT ENCORE ALLAITE? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> V (PASSER A 468)			
466	Quand (NON) avait la diarrhée, avez-vous changé le nombre d'allaitements? OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 468) <----->			
467	Avez-vous augmenté ou réduit le nombre de rations ou avez-vous arrêté complètement ? AUGMENTE.....1 REDUIT.....2 ARRETE COMPLETEMENT.....3			
468	En dehors du lait maternel, lui avez-vous donné à boire la même quantité qu'avant la diarrhée, plus, ou moins? MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	
469	Est-ce que quelque chose a été donné pour traiter la diarrhée? OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 471) <-----> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 471) <-----> NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 471) <-----> NSP.....8	
470	Qu'est-ce qui a été donné pour traiter la diarrhée? Quelque chose d'autre? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DECLAREES	LIQUIDE DES SACHETS SRO..A LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON.....B COMPRIME OU SIROP ANTIBIOTIQUE.....C AUTRE COMPRIME OU SIROP..D INJECTION.....E (I.V.) INTRAVEINEUSE.....F REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE.....H (PRECISER)	LIQUIDE DES SACHETS SRO..A LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON.....B COMPRIME OU SIROP ANTIBIOTIQUE.....C AUTRE COMPRIME OU SIROP..D INJECTION.....E (I.V.) INTRAVEINEUSE.....F REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE.....H (PRECISER)	LIQUIDE DES SACHETS SRO..A LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON.....B COMPRIME OU SIROP ANTIBIOTIQUE.....C AUTRE COMPRIME OU SIROP..D INJECTION.....E (I.V.) INTRAVEINEUSE.....F REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE.....H (PRECISER)
471	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la diarrhée? OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 473) <----->	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 473) <----->	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 473) <----->	
472	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement? A quelqu'un d'autre? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DECLAREES .	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE SANTE/PMI.....B POSTE SANTE/DISPENSAR..C PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOP. PRIVE....E PHARMACIE.....F DOCTEUR PRIVE.....G INFIRMERIE PRIVEE/CONF..H AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....I GUERISSEUR TRADITIONNEL.....J AUTRE.....K (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE SANTE/PMI.....B POSTE SANTE/DISPENSAR..C PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOP. PRIVE....E PHARMACIE.....F DOCTEUR PRIVE.....G INFIRMERIE PRIVEE/CONF..H AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....I GUERISSEUR TRADITIONNEL.....J AUTRE.....K (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE SANTE/PMI.....B POSTE SANTE/DISPENSAR..C PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOP. PRIVE....E PHARMACIE.....F DOCTEUR PRIVE.....G INFIRMERIE PRIVEE/CONF..H AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....I GUERISSEUR TRADITIONNEL.....J AUTRE.....K (PRECISER)

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS.	AV. AVANT-DERNIERE NAISS.
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
473	VOIR 470: LIQUIDE D'UN SACHET SRO CITE	NON, LIQUIDE SRO PAS CITE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 475)	OUI, LIQUIDE SRO CITE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 475)	NON, LIQUIDE SRO PAS CITE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 475)
474	(NOM) a-t-il/elle reçu (LIQUIDE D'UN SACHET SRO NOM LOCAL) quand il/elle avait la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 476)←.....8 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 476)←.....8 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 476)←.....8 NSP.....8
475	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle reçu (NOM LOCAL)? SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
476	VOIR 470: LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON CITE	NON, LIQUIDE MAISON PAS CITE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 478)	OUI, LIQUIDE MAISON CITE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 478)	NON, LIQUIDE MAISON PAS CITE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 478)
477	(NOM) a-t-il/elle reçu un li- quide recommandé par le per- sonnel de santé et préparé à la maison avec (INGREDIENTS RECOMMANDES) quand il/elle avait la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 479)←.....8 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 479)←.....8 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 479)←.....8 NSP.....8
478	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle reçu le liquide préparé avec (INGREDIENTS RECOMMANDES)? SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
479	RETOURNER A 442 POUR L'ENFANT SUIVANT; OU, S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, PASSER A 480.			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
480	VOIR 470 ET 474 (TOUTES LES COLONNES): SOLUTION SRO D'UN SACHET DONNEE A UN ENFANT	SOLUTION SRO D'UN SACHET N'A ETE DONNEE A AUCUN ENFANT OU 470 ET 474 NON POSEES	484
481	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé (NOM LOCAL) que vous pouvez obtenir pour le traitement de la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2	483
482	Avez-vous déjà vu un sachet comme celui-ci auparavant? (MONTRER LE SACHET)	OUI.....1 NON.....2	487
483	Avez-vous déjà préparé une solution avec un de ces sachets pour traiter la diarrhée pour vous-même ou quel- qu'un d'autre? (MONTRER LE SACHET)	OUI.....1 NON.....2	486
484	La dernière fois que vous avez préparé (NOM LOCAL), avez-vous préparé tout le sachet en une fois, ou seulement une partie du sachet?	TOUT SACHET EN UNE FOIS.....1 PARTIE DU SACHET.....2	480
485	Combien d'eau avez-vous utilisé pour préparer (NOM LOCAL) la dernière fois que vous l'avez fait?	1/2 LITRE.....01 1 LITRE.....02 1 1/2 LITRE.....03 2 LITRES.....04 SELON INSTRUCTIONS DU SACHET.....05 AUTRE.....06 (PRECISER) NSP.....98	
486	Où pouvez-vous obtenir le sachet de (NOM LOCAL)? INSISTER: Nulle part ailleurs? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DECLAREES	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE SANTE/PMI.....B POSTE SANTE/DISPENSAIRE.....C PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOP. PRIVE.....E PHARMACIE.....F DOCTEUR PRIVE.....G INFIRMERIE PRIVEE/CONFES.....H AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....I GUERISSEUR TRADITIONNEL.....J AUTRE.....K (PRECISER)	
487	VOIR 470 ET 477 (TOUTES LES COLONNES): LIQUIDE RECOMMANDE ET PREPARE A LA MAISON DONNE A UN ENFANT	LIQUIDE RECOMMANDE ET PREPARE A LA MAISON NON DONNE A UN ENFANT OU 470 ET 477 NON POSEES	501
488	Où avez-vous appris à préparer le liquide recommandé et fait à la maison avec (INGREDIENTS RECOMMANDES) que vous avez donné à (NOM) quand il/elle avait la diarrhée? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DECLAREES	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE SANTE/PMI.....B POSTE SANTE/DISPENSAIRE.....C PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOP. PRIVE.....E PHARMACIE.....F DOCTEUR PRIVE.....G INFIRMERIE PRIVEE/CONFES.....H AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....I GUERISSEUR TRADITIONNEL.....J AUTRE.....K (PRECISER)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER
			A
501	Etes-vous actuellement mariée?	OUI.....1 NON.....2	→504
502	Etes-vous célibataire, veuve, divorcée ou séparée, ou vivez-vous en union avec quelqu'un?	VIT EN UNION.....1 VEUVE.....2 DIVORCEE.....3 SEPARÉE.....4 CELIBATAIRE.....5	→504 →508
503	Avez-vous déjà vécu en union avec quelqu'un?	OUI.....1 NON.....2	→508 →513
504	Est-ce que votre mari/conjoint vit avec vous ou habite ailleurs?	VIT AVEC ELLE.....1 VIT AILLEURS.....2	
505	Votre mari/conjoint a-t-il d'autres femmes en plus de vous même?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→508
506	Combien d'autres femmes a-t-il?	NOMBRE..... <input type="text"/> NSP.....8	
507	Etes-vous la première, la deuxième, la troisième... épouse?	RANG..... <input type="text"/> 6 ET PLUS.....6 NSP.....8	
508	Combien de fois avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme?	NOMBRE..... <input type="text"/> 6 ET PLUS.....6	
509	En quel mois et en quelle année avez-vous consommé votre union avec votre (premier) mari/partenaire?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP MOIS.....98 ANNEE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ANNEE.....98 MARIAGE NON CONSOMME.....96	→513
510	Quel âge aviez-vous quand vous avez consommé votre union avec votre (premier) mari/partenaire?	AGE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP AGE.....98	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	A															
511	<p>VOIR 509 ET 510</p> <p>ANNEE ET AGE DONNES</p> <p style="text-align: center;">OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>		514															
512	<p>VERIFIER LA COHERENCE DE 509 ET 510:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>ANNEE DE NAISSANCE (105) <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">PLUS +</p> <p>AGE AU MARIAGE (510) <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">=</p> <p>ANNEE DE MARIAGE CALCULEE <input type="text"/> <input type="text"/></p> </div> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>SI NECESSAIRE, CALCULER L'ANNEE DE NAISSANCE</p> <p>ANNEE ACTUELLE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">MOINS -</p> <p>AGE ACTUEL (106) <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">=</p> <p>ANNEE DE NAISSANCE CALCULEE <input type="text"/> <input type="text"/></p> </div> </div> <p style="text-align: center;">L'ANNEE DE MARIAGE CALCULEE EST-ELLE, A UNE ANNEE PRES, LA MEME QUE L'ANNEE DE MARIAGE ENREGISTREE (509)</p> <p style="text-align: center;">OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">NON → VERIFIER ET CORRIGER 509 ET 510.</p> <p style="text-align: center;">(PASSER A 514)</p>																	
513	<p>SI JAMAIS EN UNION OU 1 ère UNION NON CONSOMMEE .</p> <p>Avez-vous déjà eu des rapports sexuels?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	518															
514	<p>Maintenant nous avons besoin de quelques renseignements sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre la planification familiale et la fécondité.</p> <p>Combien de fois avez-vous eu des relations sexuelles durant les quatre dernières semaines?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>																
515	<p>Combien de fois par mois avez-vous habituellement des relations sexuelles?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>																
516	<p>Combien de temps y-a-t-il depuis que vous avez eu des relations sexuelles pour la dernière fois?</p>	<p>JOURS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SEMAINES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MOIS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNEES.....4 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...996</p>																
517	<p>Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez eu des relations sexuelles?</p>	<p>AGE..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>PREMIERE FOIS AU MARIAGE.....96</p>																
518	<p>AUTRES PERSONNES PRESENTES A CE MOMENT</p>	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS MOINS DE 10 ANS....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MARI.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	ENFANTS MOINS DE 10 ANS....1	2	2	MARI.....1	2	2	AUTRES HOMMES.....1	2	2	AUTRES FEMMES.....1	2	2	
	OUI	NON																
ENFANTS MOINS DE 10 ANS....1	2	2																
MARI.....1	2	2																
AUTRES HOMMES.....1	2	2																
AUTRES FEMMES.....1	2	2																
519	<p>ENREGISTRER LA REACTION DE L'ENQUETEE</p>	<p>SANS GENE.....1</p> <p>GENEE DEPART.....2</p> <p>HOSTILE.....3</p>																

SECTION 6. PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
601	VOIR 312: NI ELLE NI LUI STERILISE <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STERILISE(E) <input type="checkbox"/>		607
602	VOIR (501 et 502) ACTUELLEMENT MARIEE OU VIVANT EN UNION <input type="checkbox"/> NON MARIEE/ NE VIVANT PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		614
603	VOIR 223: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voulez-vous avoir (un/autre) enfant ou préférez-vous ne pas (plus) avoir d'(autres) enfants?	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT.....1 PAS D'AUTRE/AUCUN.....2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE.....3 PAS DECIDEE OU NSP.....8	610
604	VOIR 223: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'(un/autre) enfant?	MOIS.....1 ANNEES.....2 BIENTOT/MAINTENANT.....994 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE.....995 AUTRE (PRECISER) 996 NSP.....998	610
605	VOIR 216 ET 223: A UN/DES ENFANT(S) VIVANT(S) OU ENCEINTE? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		610
606	VOIR 223: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Quel âge voudriez-vous que votre plus jeune enfant ait atteint quand votre prochain enfant naîtra?	AGE DU PLUS JEUNE ANNEES..... NSP.....98	610
607	Dans votre situation actuelle, si vous aviez à le refaire, pensez-vous que (vous/votre mari/conjoint) prendriez la même décision d'être stérilisé(e)?	OUI.....1 NON.....2	
608	Regrettez-vous que (vous/votre mari) (ayez/ait) eu l'opération pour ne (pas/plus) avoir d'enfant?	OUI.....1 NON.....2	614
609	Pourquoi le regrettez-vous?	ENQUETEE VEUT UN AUTRE ENFANT...1 CONJOINT VEUT UN AUTRE ENFANT...2 EFFETS SECONDAIRES.....3 AUTRE RAISON (PRECISER) 4	614

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	A
610	Pensez-vous que votre mari/conjoint approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter de tomber enceinte?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 NSP.....8	
611	Combien de fois avez-vous parlé de planning familial avec votre mari/conjoint au cours de l'année dernière?	JAMAIS.....1 UNE OU DEUX FOIS.....2 PLUS SOUVENT.....3	
612	Avez-vous déjà discuté avec votre mari du nombre d'enfants que vous voudriez avoir?	OUI.....1 NON.....2	
613	Pensez-vous que votre mari/conjoint souhaite le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage ou moins que vous?	MEME NOMBRE.....1 PLUS D'ENFANTS.....2 MOINS D'ENFANTS.....3 NSP.....8	
614	Après la naissance d'un enfant, combien de temps un couple devrait-il attendre avant de reprendre les relations sexuelles?	JOUR.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEES.....3 <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE.....996 (PRECISER)	
615	Une mère devrait-elle attendre qu'elle ait complètement arrêté d'allaiter avant de reprendre les relations sexuelles ou cela n'a-t-il pas d'importance?	ATTENDRE.....1 PAS D'IMPORTANCE.....2 NSP.....8	
616	En général, est-ce que vous approuvez ou désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter la grossesse?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 SANS OPINION.....8	
617	<p>VOIR 216:</p> <p>A UN/DES ENFANT(S) VIVANT(S) <input type="checkbox"/></p> <p>N'A PAS D'ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/></p> <p>Si vous pouviez recommencer à partir de l'époque où vous n'aviez pas d'enfants, et si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> <p>* ENREGISTRER UN SIMPLE NOMBRE OU AUTRE REPONSE.</p>	<p>NOMBRE..... <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>AUTRE REPONSE.....96 (PRECISER)</p>	
618	D'après vous, quel est le meilleur intervalle en mois ou en années entre la naissance d'un enfant et la naissance de l'enfant suivant?	MOIS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE.....996 (PRECISER)	
619	Vous est-il arrivé d'avoir une grossesse non désirée?	OUI.....1 NON.....2 NSP/NR.....8 → 622	
620	Qu'avez-vous fait de cette grossesse?	MENE A TERME.....1 ECHEC INTERRUPTION.....2 INTERRUPTION.....3 AUTRE.....4 (PRECISER) NSP/NR.....8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	A
621	Quelle est la raison principale pour laquelle vous ne voulez pas de cette grossesse?	RAISON ÉCONOMIQUE.....1 NON MARIÉE.....2 NE VOULAIT PAS D'ENFANT.....3 ABANDONNÉE PAR PARTENAIRE.....4 RAISONS SANITAIRES.....5 VOULAIT SE REPOSER.....6 NON RÉPONSE.....7 AUTRE.....8	
622	VERIFIER 303 : A UTILISE UNE METHODE <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS UTILISE DE METHODE <input type="checkbox"/>		→ 62
623	Vous est-il arrivé de tomber enceinte pendant que vous utilisez un contraceptif?	OUI.....1 NON.....2 NON RÉPONSE.....8	
624	Selon vous, les femmes pratiquent-elles en général l'avortement ?	JAMAIS.....1 QUELQUES FOIS.....2 SOUVENT.....3 TRÈS SOUVENT.....4 NSP/NR.....8	
625	Selon vous, quelles sont les raisons pour lesquelles les femmes pratiquent l'avortement? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX RÉPONSES DÉCLARÉES .	ÉCHEC CONTRACEPTION.....A PAS D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION.....B IGNORANCE CONTRACEPTION.....C OPPOSITION DU MARI/FAM A LA PF.....D COMPORTEMENTS SEXUELS INSOUCIANTS.....E AUTRES (PRÉCISER).....F NSP/NR.....G	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
712	Touchez-vous un salaire pour ce travail? INSISTER: Gagnez-vous de l'argent pour ce travail?	OUI.....1 NON.....2	
713	Faites-vous ce travail à la maison ou en dehors de chez vous?	MAISON.....1 AILLEURS.....2	
714	VOIR 215/216/218: A UN ENFANT NE DEPUIS LE 1er JAN. 1987 ET VIVANT A LA MAISON?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	801
715	Pendant que vous travaillez, avez-vous habituellement (NOM DU PLUS JEUNE ENFANT A LA MAISON) avec vous, l'avez-vous quelques fois avec vous ou jamais avec vous?	HABITUELLEMENT.....1 QUELQUES FOIS.....2 JAMAIS.....3	801
716	Qui s'occupe habituellement de (NOM DU PLUS JEUNE ENFANT A LA MAISON) pendant que vous travaillez?	MARI/CONJOINT.....01 ENFANT(S) PLUS AGE(S).....02 AUTRES PARENTS.....03 VOISINS.....04 AMIS.....05 DOMESTIQUE/AIDE.....06 ENFANT A L'ECOLE.....07 JARDIN D'ENFANTS.....08 AUTRE.....09 (PRECISER)	

30

SECTION B - MORTALITE MATERNELLE

801 Maintenant je voudrais vous poser quelques questions à propos de vos frères et sœurs, c'est à dire les enfants de votre propre mère. S'il vous plaît, donnez-moi le nom de tous vos frères et sœurs qui vivent avec vous, qui vivent ailleurs ou qui sont décédés.
ENREGISTRER LE NOM DE TOUS LES FRERES ET SOEURS. SI AUCUN FRERE OU SOEUR PASSER A 819.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
802 Quel nom a été donné à votre frère ou sœur né le 1er (nd après NOM).							
803 (NOM) est-il/elle de sexe masculin ou féminin?	HOMME1 FEMME.....2	HOMME1 FEMME.....2	HOMME1 FEMME.....2	HOMME1 FEMME.....2	HOMME1 FEMME.....2	HOMME1 FEMME.....2	HOMME1 FEMME.....2
804 Est-ce que (NOM) est encore en vie ?	OUI1 NON2 PASSER A 806<- NSP.....8 PASSER A (2)<-	OUI1 NON2 PASSER A 806<- NSP.....8 PASSER A (3)<-	OUI1 NON2 PASSER A 806<- NSP.....8 PASSER A (4)<-	OUI1 NON2 PASSER A 806<- NSP.....8 PASSER A (5)<-	OUI1 NON2 PASSER A 806<- NSP.....8 PASSER A (6)<-	OUI1 NON2 PASSER A 806<- NSP.....8 PASSER A (7)<-	OUI1 NON2 PASSER A 806<- NSP.....8 PASSER A (8)<-
805 Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> SI < 15 ANS PASSER A (2)	<input type="text"/> SI < 15 ANS PASSER A (3)	<input type="text"/> SI < 15 ANS PASSER A (4)	<input type="text"/> SI < 15 ANS PASSER A (5)	<input type="text"/> SI < 15 ANS PASSER A (6)	<input type="text"/> SI < 15 ANS PASSER A (7)	<input type="text"/> SI < 15 ANS PASSER A (8)
805A Est-ce que (NOM) est ou a été marié(e) ?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A (2)<-	OUI.....1 NON.....2 PASSER A (3)<-	OUI.....1 NON.....2 PASSER A (4)<-	OUI.....1 NON.....2 PASSER A (5)<-	OUI.....1 NON.....2 PASSER A (6)<-	OUI.....1 NON.....2 PASSER A (7)<-	OUI.....1 NON.....2 PASSER A (8)<-
806 Combien d'années y-a-t-il que (NOM) est décédé (e) ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
807 Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé (e) ?	<input type="text"/> SI 'HOMME 'OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A (2)	<input type="text"/> SI 'HOMME 'OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A (3)	<input type="text"/> SI 'HOMME 'OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A (4)	<input type="text"/> SI 'HOMME 'OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A (5)	<input type="text"/> SI 'HOMME 'OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A (6)	<input type="text"/> SI 'HOMME 'OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A (7)	<input type="text"/> SI 'HOMME 'OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A (8)
807A Est-ce que (NOM) a été marié(e) ?	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
808 Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est décédée?	OUI.....1 PASSER A 811 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 811 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 811 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 811 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 811 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 811 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 811 NON.....2
809 Est-ce que (NOM) est décédé pendant un accouchement ?	OUI.....1 PASSER A 814 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 814 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 814 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 814 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 814 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 814 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 814 NON.....2
810 Est-ce que (NOM) est décédé dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 812	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 812	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 812	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 812	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 812	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 812	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 812
811 Est-ce que le décès de (NOM) était en rapport avec la grossesse/suite de l'accouchement?	OUI.....1 PASSER A 814 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A 814 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A 814 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A 814 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A 814 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A 814 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A 814 NON.....2 NSP.....8
812	VOIR Q 806-807 : DECES SURVENU ENTRE 15 ET 50 ANS ET DURANT LES 20 DERNIERES ANNEES						
	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PASSER A 814	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PASSER A 814	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PASSER A 814	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PASSER A 814	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PASSER A 814	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PASSER A 814	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PASSER A 814
813 De quoi (NOM) est-elle morte?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
814 Combien de grossesses a eu (NOM) (y compris au cours/à la suite de laquelle elle est décédée)?	<input type="text"/> PASSER A (2)	<input type="text"/> PASSER A (3)	<input type="text"/> PASSER A (4)	<input type="text"/> PASSER A (5)	<input type="text"/> PASSER A (6)	<input type="text"/> PASSER A (7)	<input type="text"/> PASSER A (8)

	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
802 Quel nom a été donné à votre frère ou sœur né le 1er (né après NOM).							
803 (NOM) est-il/elle de sexe masculin ou féminin?	HOMME1 FEMME.....2	HOMME1 FEMME.....2	HOMME1 FEMME.....2	HOMME1 FEMME.....2	HOMME1 FEMME.....2	HOMME1 FEMME.....2	HOMME1 FEMME.....2
804 Est-ce que (NOM) est encore en vie ?	OUI1 NON2 PASSER A 806 NSP.....8 PASSER A (9)	OUI1 NON2 PASSER A 806 NSP.....8 PASSER A (10)	OUI1 NON2 PASSER A 806 NSP.....8 PASSER A (11)	OUI1 NON2 PASSER A 806 NSP.....8 PASSER A (12)	OUI1 NON2 PASSER A 806 NSP.....8 PASSER A (13)	OUI1 NON2 PASSER A 806 NSP.....8 PASSER A (14)	OUI1 NON2 PASSER A 806 NSP.....8 PASSER A (15)
805 Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> SI < 15 ANS PASSER A (9)	<input type="text"/> SI < 15 ANS PASSER A (10)	<input type="text"/> SI < 15 ANS PASSER A (11)	<input type="text"/> SI < 15 ANS PASSER A (12)	<input type="text"/> SI < 15 ANS PASSER A (13)	<input type="text"/> SI < 15 ANS PASSER A (14)	<input type="text"/> SI < 15 ANS PASSER A (15)
805A Est-ce que (NOM) est ou a été marié(e) ?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A (9)	OUI.....1 NON.....2 PASSER A (10)	OUI.....1 NON.....2 PASSER A (11)	OUI.....1 NON.....2 PASSER A (12)	OUI.....1 NON.....2 PASSER A (13)	OUI.....1 NON.....2 PASSER A (14)	OUI.....1 NON.....2 PASSER A (15)
806 Combien d'années y-a-t-il que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
807 Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e) ?	<input type="text"/> SI 'HOMME 'OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A (9)	<input type="text"/> SI 'HOMME 'OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A (10)	<input type="text"/> SI 'HOMME 'OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A (11)	<input type="text"/> SI 'HOMME 'OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A (12)	<input type="text"/> SI 'HOMME 'OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A (13)	<input type="text"/> SI 'HOMME 'OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A (14)	<input type="text"/> SI 'HOMME 'OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A (15)
807A Est-ce que (NOM) a été marié(e) ?	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
808 Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est décédée ?	OUI.....1 PASSER A 811 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 811 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 811 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 811 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 811 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 811 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 811 NON.....2
809 Est-ce que (NOM) est décédée pendant un accouchement ?	OUI.....1 PASSER A 814 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 814 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 814 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 814 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 814 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 814 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 814 NON.....2
810 Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 812	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 812	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 812	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 812	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 812	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 812	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 812
811 Est-ce que la décès de (NOM) était en rapport avec la grossesse/suite de l'accouchement ?	OUI.....1 PASSER A 814 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A 814 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A 814 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A 814 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A 814 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A 814 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 PASSER A 814 NON.....2 NSP.....8
812	VOIR Q 806-807 : DECES SURVENU ENTRE 15 ET 50 ANS ET DURANT LES 20 DERNIERES ANNEES						
	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	PASSER A 814	PASSER A 814	PASSER A 814	PASSER A 814	PASSER A 814	PASSER A 814	PASSER A 814
813 De quel (NOM) est-elle morte ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
814 Combien de grossesses a eu (NOM) (y compris au cours/à la suite de laquelle elle est décédée) ?	<input type="text"/> PASSER A (9)	<input type="text"/> PASSER A (10)	<input type="text"/> PASSER A (11)	<input type="text"/> PASSER A (12)	<input type="text"/> PASSER A (13)	<input type="text"/> PASSER A (14)	<input type="text"/> PASSER A (15)

815	Je voudrais être sûre d'avoir bien compris. En tout, votre mère a donné naissance à -----enfants y compris vous ? OUI <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>	NON <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>	→ VERIFIER ET CORRIGER PUIS PASSER A 816
816	Parmi vos frères,---- sont décédés ? OUI <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>	NON <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>	→ VERIFIER ET CORRIGER PUIS PASSER A 817
817	Parmi vos soeurs,---- sont décédées? OUI <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>	NON <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>	→ VERIFIER ET CORRIGER PUIS PASSER A 818
818	Y-a-t-il une ou plusieurs de vos soeurs (de votre propre mère) ayant plus de 14 ans qui vit (vivent) dans ce ménage ? OUI <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>		
	NON <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> → (PASSER A 819)		
	VERIFIER AVEC L'ENQUETE QUELLES FEMMES ELIGIBLES DU QUESTIONNAIRE MENAGE SONT SES SOEURS ET INSCRIRE LEUR NUMERO DE LIGNE CI-DESSOUS.		
	<input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>		
819	INSCRIRE L'HEURE.	HEURE.....	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
	MINUTES.....		<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>

901	VERIFIER 215, 216:	UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS LE 1er JANVIER 1987 <input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE DEPUIS LE 1er JANVIER 1987 <input type="checkbox"/> → FIN
-----	--------------------	--	---

ENQUETRIXE: EN 902(COLONNES 2-4) ENREGISTRER LE N° DE LIGNE DE CHAQUE ENFANT NE DEPUIS LE 1er JANVIER 1987 ET ENCORE EN VIE.
 EN 903 ET 904 ENREGISTRER LE NOM ET LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENQUETEE ET DE CHAQUE ENFANT EN VIE, NE DEPUIS LE 1er JANVIER 1987. EN 906 ET 908 NOTER LA TAILLE ET LE POIDS DE L'ENQUETEE ET DES ENFANTS VIVANTS.
 (NOTE: TOUTES LES ENQUETEEES AVEC UNE NAISSANCE OU PLUS DEPUIS LE 1er JANVIER 1987 DOIVENT ETRE PESEES ET MEASUREES MEME SI TOUS LES ENFANTS SONT DECEDES).
 (S'IL YA PLUS DE 3 ENFANTS VIVANTS NES DEPUIS LE 1er JANVIER 1987, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).

	1 ENQUETEE.	2 DERNIER ENFANT EN VIE	3 AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE	4 AVANT-AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE
902 N° DE LIGNE DE LA Q.212		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
903 NOM, DE LA Q.212 POUR LES ENFANTS	(NOM) _____	(NOM) _____	(NOM) _____	(NOM) _____
904 DATE DE NAISSANCE DE Q.105 POUR L'ENQUETEE DE Q.215 POUR LES ENFANTS ET DEMANDER LE JOUR DE NAISSANCE	MOIS..... <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/>
905 CICATRICE DU BCG EN HAUT DE L'EPAULE GAUCHE		CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2	CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2	CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2
906 TAILLE (en centimètres)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
907 LES ENFANTS ONT-ILS ETE MEASUREES COUCHEES OU DEBOUT?		COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2
908 POIDS (en kilogrammes)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
909 DATE DE PESEE ET DE MESURE	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/>
910 RESULTAT	MESURE.....1 ABSENTE.....3 REFUSE.....4 AUTRE.....6 (PRECISER)	ENFANT MESURE..1 ENFANT MALADE..2 ENFANT ABSENT..3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE...5 AUTRE.....6 (PRECISER)	MESURE.....1 ENFANT MALADE..2 ENFANT ABSENT..3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE...5 AUTRE.....6 (PRECISER)	MESURE.....1 ENFANT MALADE..2 ENFANT ABSENT..3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE...5 AUTRE.....6 (PRECISER)
911 NOM DE L'OPERATEUR:	<input type="text"/>	NOM DE L'ASSISTANT:	<input type="text"/>	

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

Commentaires sur l'enquêtée: _____

Commentaires sur des questions particulières: _____

Autres commentaires: _____

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

Nom du chef d'équipe: _____ Date: _____

'AUTRES OBSERVATIONS

