

République du Sénégal

Ministère de la Santé

Direction des Etudes, de la
Recherche et de la Formation

Demographic and Health Surveys
Macro International Inc.

Groupe SERDHA

ENQUETE SENEGALAISE SUR LES INDICATEURS DE SANTE
(ESIS, 1999)
QUESTIONNAIRE FEMME

IDENTIFICATION	
NOM DE LA LOCALITE	
NOM DU CHEF DE MENAGE	
NUMERO DE GRAPPE.....	NUMERO DE GRAPPE.....
NUMERO DU MENAGE.....	NUMERO DU MENAGE.....
REGION.....	CODE REGION.....
DEPARTEMENT.....	CODE DEPARTEMENT.....
DISTRICT SANITAIRE.....	CODE DISTRICT SANITAIRE.....
URBAIN/RURAL (urbain=1, rural=2).....	CODE MILIEU.....
DAKAR/CAPITALE REGIONALE/AUTRE VILLE/CAMPAGNE..... (Dakar=1, Capitale Régionale=2, Autre ville=3, Campagne=4)	CODE DETAILLE DU MILIEU.....
NOM DE LA FEMME SELECTIONNEE	NUMERO DE LIGNE DE LA FEMME.....

VISITES DE L'ENQUETRIX				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE				JOUR MOIS ANNEE 1 9 9 9 CODE ENQ. RESULTAT
NON DE L'ENQUETRIX				
RESULTAT*				
PROCHAINE VISITE:	DATE HEURE			NBRE. TOTAL DE VISITES
*CODES RESULTAT 1 ENTIEREMENT REMPLI 4 REFUSE 7 AUTRE 2 PAS A LA MAISON 5 PARTIELLEMENT REMPLI 3 DIFFERE 6 INCAPACITE				

LANGUE DE L'INTERVIEW**	
INTERPRETE:.....OUI = 1 / NON = 2	
**CODES LANGUE: 1=WOLOF / 2=POULAR / 3=SERERE / 4=MADINGUE / 5=DIOLA / 6=FRANCAIS / 7=AUTRES	

CONTROLEUSE	CHEF D'EQUIPE	CONTROLE BUREAU	SAISI PAR
NOM	NOM		
DATE	DATE		

SECTION 1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE L'ENQUETEE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE..... MINUTES.....	
105	En quel mois et quelle année êtes-vous née?	MOIS..... NSP MOIS.....98 ANNEE.....1 9 NSP ANNEE.....9998	
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHERENTS	AGE EN ANNEES REVOLUES.....	
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, supérieur ?	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE2 SUPERIEUR.....3	
109	Quelle est la dernière (année/classe) que vous avez achevée à ce niveau?	ANNEE.....	
110	VERIFIER 108: PRIMAIRE <input type="checkbox"/> SECONDAIRE OU PLUS <input type="checkbox"/>		→ 112
111	Pouvez-vous lire et comprendre une lettre ou un journal facilement, avec difficulté ou pas du tout ?	FACILEMENT.....1 DIFFICILEMENT.....2 PAS DU TOUT.....3	
112	Etes-vous sénégalaise?	OUI.....1 NON.....2 → 201	
113	Quelle est votre ethnie?	WOLOF/LEBOU.....1 POULAR.....2 SERER.....3 MANDINGUE/SOCE.....4 DIOLA.....5 AUTRES.....6 (PRECISER)	

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
201	Maintenant je voudrais vous parler de toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà eu une naissance?	OUI.....1 NON.....2	→206
202	Y en a-t-il parmi eux des fils ou des filles qui habitent actuellement avec vous?	OUI.....1 NON.....2	→204
203	Combien de fils vivent avec vous? Combien de filles vivent avec vous? SI "AUCUN", NOTER '00'	FILS A LA MAISON..... FILLES A LA MAISON.....	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> </div>
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 ces fils sont en vie mais n'habitent pas avec vous? Combien de ces filles sont en vie mais n'habitent pas avec vous? SI "AUCUN", NOTER '00'	FILS AILLEURS..... FILLES AILLEURS.....	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> </div>
206	Avez-vous donné naissance à un fils ou une fille qui est né (e) vivant (e) mais décédé (e) par la suite? SI NON, INSISTER: Aucun enfant qui a crié ou qui a donné un signe de vie même s'il n'a survécu que quelques heures ou quelques jours?	OUI.....1 NON.....2	→208
207	Combien de ces fils sont décédés? Combien de ces filles sont décédées? SI "AUCUN", NOTER '00'	FILS DECEDE..... FILLE DECEDEE.....	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> </div>
208	FAITES LA SOMME DE Q. 203, 205 ET 207, ET NOTER LE TOTAL. SI "AUCUN", NOTER '00'	TOTAL.....	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> </div>
209	VERIFIER 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL ____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact?	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">OUI <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;">NON <input type="checkbox"/></div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 100px; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="margin-left: 10px;"> INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT. </div> </div> </div>	
210	VERIFIER 208: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 100px; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="margin-left: 10px;"> AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 100px; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="margin-left: 10px;"> →223 </div> </div> </div>	

211 Maintenant je voudrais vous parler de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la première naissance que vous avez eue.
NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES A 212. NOTER LES JUMEUX ET TRIPLES SUR DES LIGNES SEPARÉES.

212	213	214	215	216	217	218	220
Quel nom a été donné à votre (premier, suivant) enfant? (NOM)	(NOM)) est-ce une naissance simple ou multiple?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER: Quelle est sa date de naissance? OU: En quelle saison est-il/elle né(e)? SI MOIS/SAISON INCONNU = 98	(NOM) est-il/elle toujours en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? NOTER L'ÂGE EN ANNEES REVOLUES	(NOM) vit-il/elle avec vous?	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e)? SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait (NOM) en mois? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNEES SI 2 ANS OU PLUS.
01	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES ()	OUI...1 NON...2 (ENFANT SUIVANT)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
02	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES ()	OUI...1 NON...2 (ENFANT SUIVANT)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
03	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES ()	OUI...1 NON...2 (ENFANT SUIVANT)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
04	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES ()	OUI...1 NON...2 (ENFANT SUIVANT)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
05	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES ()	OUI...1 NON...2 (ENFANT SUIVANT)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
06	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES ()	OUI...1 NON...2 (ENFANT SUIVANT)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3

212	213	214	215	216	217	218	220
Quel nom a été donné à votre enfant le plus âgé /suivant?	(NOM)) est-ce une naissance simple ou multiple?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER: Quelle est sa date de naissance? OU: En quelle saison est-il/elle né(e)? SI MOIS/SAISON INCONNU = 98	(NOM) est-il/elle toujours en vie?	SI VIVANT: Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? NOTER L'AGE EN ANNEES REVOLUES	SI VIVANT (NOM) vit-il/elle avec vous?	SI DECEDE: Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé (e)? SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait (NOM) en mois? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNEES SI 2 ANS OU PLUS.
(NOM)							
07	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES ()	OUI...1 NON...2 (ENFANT SUIVANT)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
08	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES ()	OUI...1 NON...2 (ENFANT SUIVANT)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
09	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES ()	OUI...1 NON...2 (ENFANT SUIVANT)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
10	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES ()	OUI...1 NON...2 (ENFANT SUIVANT)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
11	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES ()	OUI...1 NON...2 (ENFANT SUIVANT)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
12	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES ()	OUI...1 NON...2 (ENFANT SUIVANT)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
13	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES ()	OUI...1 NON...2 (ENFANT SUIVANT)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3

212	213	214	215	216	217	218	220
Quel nom a été donné à votre enfant le plus âgé /suivant?	(NOM)) est-ce une naissance simple ou multiple?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER: Quelle est sa date de naissance? OU: En quelle saison est-il/elle né(e)? SI MOIS/SAISON INCONNUS = 98	(NOM) est-il/elle toujours en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? NOTER L'AGE EN ANNEES REVOLUES	(NOM) vit-il/elle avec vous?	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé (e)? SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait (NOM) en mois? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNEES SI 2 ANS OU PLUS.
(NOM)							
14	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES (ENFANT SUIVANT)	OUI...1 NON...2 (ENFANT SUIVANT)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
15	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES (ENFANT SUIVANT)	OUI...1 NON...2 (ENFANT SUIVANT)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
16	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES (ENFANT SUIVANT)	OUI...1 NON...2 (ENFANT SUIVANT)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
17	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES (ENFANT SUIVANT)	OUI...1 NON...2 (ENFANT SUIVANT)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
18	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES (ENFANT SUIVANT)	OUI...1 NON...2 (ENFANT SUIVANT)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
19	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES (ENFANT SUIVANT)	OUI...1 NON...2 (ENFANT SUIVANT)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
20	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES (ENFANT SUIVANT)	OUI...1 NON...2 (ENFANT SUIVANT)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3

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

LES NOMBRES
SONT LES MEMES ☐

LES NOMBRES
SONT DIFFERENTS ☐ (VERIFIER ET CORRIGER)

VERIFIER: POUR CHAQUE NAISSANCE : L'ANNEE DE NAISSANCE EST ENREGISTREE (Q215)

POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'AGE ACTUEL EST ENREGISTRE (Q217)

POUR CHAQUE ENFANT DECEDE : L'AGE AU DECES EST ENREGISTRE (Q220)

POUR L'AGE AU DECES INFERIEUR A 2 ANS : VERIFIER POUR DETERMINER
LE NOMBRE EXACT DE MOIS.

☐
☐
☐
☐

222 i VERIFIER 215 ET INSCRIRE LE NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES DEPUIS JANVIER 1994.
S'IL N'Y EN A PAS, NOTER '0'.

☐

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER i A
223	Etes-vous enceinte en ce moment?	OUI.....1	i
		NON.....2	i
		PAS SURE.....8	i → 300
224	De combien de mois êtes-vous enceinte?		i
	NOTER LE NOMBRE DE MOIS REVOLUS.	MOIS..... <input type="text"/>	i

SECTION 3. CONTRACEPTION

300] Maintenant, je voudrais vous parler de la planification familiale - les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte.

ENCERCLER LE CODE '1' DANS 301 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE D'UNE MANIERE SPONTANEE.

PUIS CONTINUER A LA COLONNE 302 EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE NON MENTIONNEE SPONTANEMENT.

ENCERCLER LE CODE '2' SI LA METHODE EST RECONNUE, ET LE CODE '3' SI ELLE N'EST PAS RECONNUE.

PUIS, POUR CHAQUE METHODE AYANT LE CODE '1' OU '2' ENERCLE A 301 OU A 302, POSER 303.

	301	302 Avez-vous déjà entendu parler de (METHODE) ?	303 Avez-vous déjà utilisé (METHODE)?
	OUI SPONTANE	OUI DESCRIPTION NON	
01] PILULE: Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours.	1	2 3	OUI.....1 NON.....2
02] DIU/STERILET: Les femmes ont un stérilet que le médecin, la sage-femme ou l'infirmière leur place dans l'utérus.	1	2 3	OUI.....1 NON.....2
03] INJECTION: Les femmes peuvent recevoir une injection par le médecin, l'infirmière, la sage-femme, pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	1	2 3	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.	1	2 3	OUI.....1 NON.....2
05] MOUSSE, GELEE, COMPRIMES, DIAPHRAGME : Les femmes peuvent se mettre à l'intérieur du vagin de la gelée, de la crème, des comprimés ou un diaphragme avant d'avoir des rapports sexuels.	1	2 3	OUI.....1 NON.....2
06] CONDOM (CAPOTE ANGLAISE OU PRESERVATIF): Les hommes peuvent se mettre un condom pendant les rapports sexuels.	1	2 3	OUI.....1 NON.....2
07] STERILISATION FEMININE: Les femmes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	1	2 3	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI.....1 NON.....2
08] STERILISATION MASCULINE: Les hommes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	1	2 3	Avez-vous déjà vécu avec un homme qui avait eu une opération pour éviter d'avoir des enfants? OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
09] RYTHME, CONTINENCE PERIODIQUE: Les couples peuvent éviter d'avoir des rapports sexuels certains jours du cycle pendant lesquels la femme est plus susceptible de tomber enceinte.	1	2 3	OUI.....1 NON.....2
10] RETRAIT: Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	1	2 3	OUI.....1 NON.....2

<p>11] AUTRES METHODES : Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse?</p>	<p>1</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p>3</p> <p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>			
<p>305] VERIFIER 303: AUCUN "OUI" AU MOINS UN "OUI" PASSER A 309</p> <p style="text-align: center;">(N'A JAMAIS UTILISE) (A UTILISE)</p>					
<p>306] Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder la survenue d'une grossesse ou éviter de tomber enceinte?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2 → 324</p>				
<p>307] Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 303 (ET 302 SI NECESSAIRE).</p>	[REDACTED]				
<p>309] VERIFIER 303:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">FEMME NON STERILISEE</td> <td style="width: 33%;">FEMME STERILISEE</td> <td style="width: 34%; text-align: right;">→ 312A</td> </tr> </table>			FEMME NON STERILISEE	FEMME STERILISEE	→ 312A
FEMME NON STERILISEE	FEMME STERILISEE	→ 312A			
<p>310] VERIFIER 223:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">PAS ENCEINTE OU PAS SURE</td> <td style="width: 33%;">ENCEINTE</td> <td style="width: 34%; text-align: right;">→ 324</td> </tr> </table>			PAS ENCEINTE OU PAS SURE	ENCEINTE	→ 324
PAS ENCEINTE OU PAS SURE	ENCEINTE	→ 324			
<p>311] En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2 → 324</p>				
<p>312] Quelle méthode utilisez-vous?</p>	<p>PILULE.....01</p> <p>DIU/STERILET.....02</p> <p>INJECTION.....03</p> <p>NORPLAN.....04</p> <p>MOUSSE/GELEE/COMPRIMES/DIAPH.....05</p> <p>CONDOM.....06</p> <p>STERILISATION FEMININE.....07</p> <p>STERILISATION MASCULINE.....08 → 313B</p> <p>CONTINENCE PERIODIQUE.....09 → 324</p> <p>RETRAIT.....10 → 324</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)</p>				
<p>312A] ENCERCLER '07' POUR STERILISATION FEMININE.</p>					
<p>313A] Depuis combien de mois utilisez-vous (METHODE) de façon continue ?</p>	<p>MOIS..... [] [] → 330</p>				
<p>313B] Depuis quand a eu lieu la stérilisation ? SI MOINS DE 1 MOIS, NOTER '00'.</p>	<p>8 ANS OU PLUS.....96</p>				
<p>324] Avez-vous l'intention d'utiliser, dans l'avenir, une méthode moderne de planification familiale pour retarder ou éviter de tomber enceinte?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2 → 330</p> <p>NSP.....8</p>				
<p>326] Avez-vous l'intention d'utiliser une méthode moderne dans les 12 prochains mois ?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>				
<p>330] Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer un service de santé de la reproduction?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2 → 334</p>				

331	Quel(s) endroit(s) connaissez-vous?	OUI	A L'AISE ?		
			OUI	NON	NSP
ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES DECLAREES.		<u>SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC</u>			
POUR CHAQUE ENDROIT CITE ENERCLEZ LE CODE 1,		HOPITAL.....1	2	3	8
PUIS POSEZ IMMEDIATEMENT LA QUESTION Q.331A		CENTRE SANTE/PMI.....1	2	3	8
ET ENERCLEZ LE CODE 2, 3 OU 8 SELON LE CAS.		POSTE DE SANTE/DISPENSAIRE.....1	2	3	8
		<u>SECTEUR MEDICAL PRIVE</u>			
		CLINIQUE/HOPITAL PRIVE....1	2	3	8
		PHARMACIE.....1	2	3	8
		DOCTEUR PRIVE.....1	2	3	8
331A	Vous y sentez-vous à l'aise?				
SI CODE 3 PARTOUT, PASSER A 434					
		<u>AUTRE SECTEUR</u>			
		ASBEF1	2	3	8
		CENTRE ADO1	2	3	8
		CENTRE DE SANTE DES JEUNES.....1	2	3	8
		AUTRE.....1	2	3	8
		(PRECISER)			
		AUTRE.....1	2	3	8
		(PRECISER)			
333	Est-ce facile ou difficile de se rendre à l'endroit où vous vous sentez le plus à l'aise?	FACILE.....1			
		DIFFICILE.....2			
		NSP.....8			
334	Quels sont les avantages de l'utilisation de la planification familiale ?	ESPACER LES NAISSANCES.....A			
		LIMITER LES NAISSANCES.....B			
		PERMET DE SE REPOSER.....C			
		MEILLEURE SANTE DES ENFANTS.....D			
		MEILLEURE EDUCATION ENFANTS.....E			
		LUTTE CONTRE STERILITE.....F			
ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES DECLAREES.		AUTRE.....X			
		(PRECISER)			
		AUTRE.....Y			
		(PRECISER)			
		NSP.....Z			

SECTION 4. SANTE FAMILIALE ET ALLAITEMENT

SECTION 4A. GROSSESSE ET ALLAITEMENT

401	VERIFIER 222 : UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS le 1er JANV.1994	AUCUNE NAISSANCE DEPUIS le 1er JANVIER 1994: <input type="checkbox"/> QUESTION 479A		
402	INSCRIRE LE NOM, LE N° DE LIGNE ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1994 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).			
402A	N° DE LIGNE DE LA Q. 212	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
402B	VOIR Q. 212 ET Q. 216	DERNIERE NAISSANCE NOM <input type="text"/> VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM <input type="text"/> VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM <input type="text"/> VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>
405	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous vu quelqu'un pour une consultation concer- nant cette grossesse? SI OUI, Qui avez-vous vu? INSISTER : Quelqu'un d'autre? ENCERCLER TOUS LES CODES COR- PONDANT AUX PERSONNES VUES.	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A SAGE FEMME.....B INFIRMIERE/ICPC AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADI- TIONNELLED MATRONE.....E AUTREF (PRECISER) PERSONNE.....H (PASSER A 409) ←	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A SAGE FEMMEB INFIRMIERE/ICPC AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADI- TIONNELLED MATRONE.....E AUTREF (PRECISER) PERSONNE.....H (PASSER A 409) ←	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A SAGE FEMMEB INFIRMIERE/ICPC AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADI- TIONNELLED MATRONE.....E AUTREF (PRECISER) PERSONNE.....H (PASSER A 409) ←
406	Vous a-t-on donné un carnet de santé pour cette grossesse?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	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 concer- nant cette grossesse?	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98	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	NBRE. DE VISITES.. <input type="text"/> NSP.....98
409	Vous a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'attraper le tétanos, c'est-à-dire les con- vulsions après la naissance?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 411) ← NSP.....8	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	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)?	A DOMICILE PROPRE MAISON11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 MATERNITE/CS.....22 DISPENSAIRE/P. SANTE. 23 AUTRES.....24 SECTEUR PRIVE HOP.PRIVE/CLINIQUE31 AUTRES.....41 (PRECISER)	A DOMICILE PROPRE MAISON11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 MATERNITE/CS.....22 DISPENSAIRE/P.SANTE 23 AUTRES.....24 SECTEUR PRIVE COP.PRIVE/CLINIQUE ..31 AUTRES.....41 (PRECISER)	A DOMICILE PROPRE MAISON11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 MATERNITE/CS.....22 DISPENSAIRE/P.SANTE .23 AUTRES.....24 SECTEUR PRIVE COP.PRIVE/CLINIQUE ...31 AUTRES.....41 (PRECISER)
412	Qui vous a assisté pour l'accouchement de (NOM)? Quelqu'un d'autre? INSISTER SUR LE STATUT DE LA PERSONNE ET ENCELER TOUTES LES REPONSES.	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A SAGE FEMME.....B INFIRMIERE/ICPC AUTRE PERSONNE ACC. TRADITIONNELLE...D MATRONE.....E PARENT.....F AUTREG (PRECISER) PERSONNE.....H (PASSER A 424)	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A SAGE FEMME.....B INFIRMIERE/ICPC AUTRE PERSONNE ACC. TRADITIONNELLE.D MATRONE.....E PARENT.....F AUTREG (PRECISER) PERSONNE.....H (PASSER A 424)	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A SAGE FEMME.....B INFIRMIERE/ICPC AUTRE PERSONNE ACC. TRADITIONNELLE.D MATRONE.....E PARENT.....F AUTREG (PRECISER) PERSONNE.....H (PASSER A 424)
414	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne?	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
424	Avez-vous allaité (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 435)	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 435)	OUI.....1 NON.....2 (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 JOURS.....2		
427	VOIR 216 ENFANT VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 433)		
428	Allaitiez-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 DE TETEEES DE NUIT.....		
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 DE TETEEES DE JOUR.....		
431	Avez-vous donné à un moment quelconque hier ou la nuit dernière un des aliments suivants à (NOM)?	OUI NON EAU.....1 2 JUS.....1 2 LAIT BOIT/POUDRE...1 2 LAIT VACHE/CHEVRE..1 2 GUINQUELIBA.....1 2 AUTRE LIQUIDE.....1 2 (PRECISER) BOUILLIE DE MIL....1 2 CERELAC.....1 2 ALIMENT SOLIDE.....1 2		

	DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
433 i Pendant combien de mois i avez-vous allaité (NOM)? i i SI MOINS DE 1 MOIS, INSCRIRE i "00". i i SI DERNIER ENFANT ENCORE i ALLAITE, PASSER A 435	NOMBRE DE MOIS..... <input type="text"/> JUSQU'A SON DECES.....96 (PASSER A 436)←	NOMBRE DE MOIS... <input type="text"/> JUSQU'A SON DECES.....96 (PASSER A 436)←	NOMBRE DE MOIS... <input type="text"/> JUSQU'A SON DECES.....96 (PASSER A 436)←
435 i VOIR 216 : i ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 437)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 437)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 437)
436 i Avez-vous jamais donné à (NOM) i de l'eau, ou quelque chose i d'autre à boire ou à manger i (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 i Combien de mois avait (NOM) i quand vous avez commencé à lui i donner un des aliments ou i boissons suivants de façon i régulière?: i i Lait en boîte ou lait autre i que le lait maternel? i i Eau? i i Infusion? i i Autres liquides? i i Bouillie? i i Aliment solide? i i SI MOINS DE 1 MOIS, i INSCRIRE '00'.	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 (PASSER A 440)	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE.....96 (PASSER A 440)
438 i VOIR 216: i ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 440)		
439 i (NOM) a-t-il/elle bu quelque i chose au biberon, hier ou i la nuit dernière?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8		
440 i RETOURNER A 402B POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A LA PREMIERE COLONNE DE 441			

SECTION 4B. VACCINATION ET SANTE

441 i COMPLETER L'EN-TETE DU TABLEAU EN SUIVANT LA MEME PROCEDURE QU'A LA SECTION 4A. IL Y A UNE DIFFERENCE IMPORTANTE
i ENTRE LA SECTION 4A ET LA SECTION 4B. LA SECTION 4A RECUEILLE DES INFORMATIONS SUR LES ENFANTS VIVANTS ET DECEDES,
i ALORS QUE LA SECTION 4B NE CONCERNE QUE LES ENFANTS VIVANTS (Q442 A Q477). CEPENDANT, VOUS DEVEZ COMPLETER
i L'EN-TETE DU TABLEAU DE LA SECTION 4B POUR TOUS LES ENFANTS, VIVANTS OU DECEDES.

441a	N° DE LIGNE DE LA Q. 212			
441b	VOIR Q. 212 ET Q. 216	DERNIERE NAISSANCE NOM VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> PASSER A 441B DANS LA COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSAN- CE, PASSER A 479A	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> PASSER A 441B DANS LA COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER A 479A	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> PASSER A 441B DANS LA COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER A 479A
442	Avez-vous le carnet de vaccination de (NOM)? SI OUI: Puis-je le voir, s'il vous plaît?	OUI, VU.....1 (PASSER A 444)← OUI, PAS VU.....2 (PASSER A 446)← PAS DE CARNET.....3	OUI, VU.....1 (PASSER A 444)← OUI, PAS VU.....2 (PASSER A 446)← PAS DE CARNET.....3	OUI, VU.....1 (PASSER A 444)← OUI, PAS VU.....2 (PASSER A 446)← PAS DE CARNET.....3
443	Avez-vous jamais eu un carnet de vaccination pour (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 446)← NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 446)← NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 446)← NON.....2
444	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATIONS POUR CHAQUE VACCIN A PARTIR DU CARNET (2) INSCRIRE '44' DANS LA COLONNE 'JOUR', SI LE CARNET INDIQUE QU'UNE VACCINATION A ETE FAITE, MAIS LA DATE N'A PAS ETE REPORTEE. BCG POLIO 0 POLIO 1 POLIO 2 POLIO 3 DTCoq 1 DTCoq 2 DTCoq 3 ROUGEOLE FIEVRE JAUNE	JOUR MOIS ANNEE BCG P0 P1 P2 P3 D1 D2 D3 ROU F.J	JOUR MOIS ANNEE BCG P0 P1 P2 P3 D1 D2 D3 ROU F.J	JOUR MOIS ANNEE BCG P0 P1 P2 P3 D1 D2 D3 ROU F.J
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) VACCINS DU BCG, POLIO 0-3, DTCoq1-3, IMOVAX 1-2, ROUGEOLE ET/OU FIEVRE JAUNE.	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRES- PONDANT AU JOUR EN 444 PUIS, PASSER A 449 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 449)←	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRES- PONDANT AU JOUR EN 444 PUIS, PASSER A 449 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 449)←	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRES- PONDANT AU JOUR EN 444 PUIS, PASSER A 449 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 449)←

	DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE	AVANT AVT-DERNIERE NAISSANCE
	NOM	NOM	NOM
446 (NOM) a-t-il/elle jamais reçu de vaccination pour lui éviter d'attraper des maladies?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 449)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 449)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 449)← 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?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
* Une vaccination contre la polio, c'est à dire des gouttes dans la bouche? SI OUI: Combien de fois?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>
* Une injection contre la rougeole?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
* Une injection au pistolet/à la seringue?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
SI OUI: Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>
449 (NOM) a-t-il/elle jamais eu la fièvre ?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 450) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 450) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 450) ←
449A A quand remonte le dernier épisode de fièvre de (NOM) ?	NOMBRE DE MOIS.. <input type="text"/> NSP.....98	NOMBRE DE MOIS.. <input type="text"/> NSP.....98	NOMBRE DE MOIS.. <input type="text"/> NSP.....98
449B (NOM) a-t-il/elle eu de la fièvre à un moment quelconque dans les deux dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
450 (NOM) a-t-il/elle jamais eu la toux ?	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) ←
450A A quand remonte le dernier épisode de toux de (NOM) ?	NOMBRE DE MOIS.. <input type="text"/> NSP.....98	NOMBRE DE MOIS.. <input type="text"/> NSP.....98	NOMBRE DE MOIS.. <input type="text"/> NSP.....98
450B (NOM) a-t-il/elle souffert de la toux à un moment quelconque dans les deux dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8

455 VOIR 449 ET 450 : FIEVRE OU TOUX?	"OUI" <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER A 459A)	"OUI" <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER A 459A)	"OUI" <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER A 459A)
456 Avez-vous obtenu des conseils ou un traitement pour la fièvre ou la toux de (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 459A) NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 459A) NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 459A) NSP.....8
457 Où avez-vous obtenu des conseils ou un traitement? Quelque part ailleurs? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	SECTEUR PUBLIC/P.PUBL. HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE.....B DISPENSAIRE/P. SANTE ..C MATERNITE RURALED CASE DE SANTEE DEPOT PHARM. COMMU.....F SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVEG CABINET/CLINIQUEH PHARMACIE/D. PHARMA ...I DISP. RELIGIEUX.....J AUTRE SECTEUR PRIVE GUERISSEUR TRAD.....K PARENT/VOISINS/AMI....L AUTREM (PRECISER) DOMICILE NIVAQUINE/CHLORO.....N AUTRES PRODUITS PHAR...O AUTREP (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC/P.PUBL. HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE.....B DISPENSAIRE/P. SANTE ..C MATERNITE RURALED CASE DE SANTEE DEPOT PHARM. COMMU.....F SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVEG CABINET/CLINIQUEH PHARMACIE/D. PHARMA ...I DISP. RELIGIEUX.....J AUTRE SECTEUR PRIVE GUERISSEUR TRAD.....K PARENT/VOISINS/AMI....L AUTREM (PRECISER) DOMICILE NIVAQUINE/CHLORO.....N AUTRES PRODUITS PHAR...O AUTREP (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC/P.PUBL. HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE.....B DISPENSAIRE/P. SANTE ..C MATERNITE RURALED CASE DE SANTEE DEPOT PHARM. COMMU.....F SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVEG CABINET/CLINIQUEH PHARMACIE/D. PHARMA ...I DISP. RELIGIEUX.....J AUTRE SECTEUR PRIVE GUERISSEUR TRAD.....K PARENT/VOISINS/AMI....L AUTREM (PRECISER) DOMICILE NIVAQUINE/CHLORO.....N AUTRES PRODUITS PHAR...O AUTREP (PRECISER)
457A VOIR 457 : NIVAQUINE/CHLOROQUINE A DOMICILE :	"OUI" <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER A 459A)	"OUI" <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER A 459A)	"OUI" <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER A 459A)
457B Où vous êtes-vous procuré les comprimés donnés à (NOM)?	DISPONIBLE A DOMICILE...A ACHETE A LA PHARMACIE...B OFFERT PAR QUELQU'UN...C OBTENU DANS UNE STRUCT...D AUTRESE (PRECISER)	DISPONIBLE A DOMICILE...A ACHETE A LA PHARMACIE...B OFFERT PAR QUELQU'UN...C OBTENU DANS UNE STRUCT...D AUTRESE (PRECISER)	DISPONIBLE A DOMICILE...A ACHETE A LA PHARMACIE...B OFFERT PAR QUELQU'UN...C OBTENU DANS UNE STRUCT...D AUTRESE (PRECISER)
457CA Puis-je voir les comprimés que vous avez donnés à (NOM) ? OBSERVER LES COMPRIMES OU LA BOITE ET NOTER LE DOSAGE.	DOSAGE 100 1 DOSAGE 150 2 DOSAGE 300 3 457CC COMPRIMES NON VUS ... 4	DOSAGE 100 1 DOSAGE 150 2 DOSAGE 300 3 457CC COMPRIMES NON VUS ... 4	DOSAGE 100 1 DOSAGE 150 2 DOSAGE 300 3 457CC COMPRIMES NON VUS ... 4
457CB Quel est le dosage des des comprimés que vous avez donnés à (NOM) ?	DOSAGE 100 1 DOSAGE 150 2 DOSAGE 300 3 NSP8	DOSAGE 100 1 DOSAGE 150 2 DOSAGE 300 3 NSP8	DOSAGE 100 1 DOSAGE 150 2 DOSAGE 300 3 NSP8
457CC Pendant combien de jours avez-vous donné ces comprimés à (NOM) ?	NOMBRE DE JOURS <input type="text"/> NSP 98	NOMBRE DE JOURS <input type="text"/> NSP 98	NOMBRE DE JOURS <input type="text"/> NSP 98
457CD Donniez-vous les comprimés à (NOM) tous les, tous les 2 jours, tous les 3 jours ?	NOMBRE DE JOURS <input type="text"/> NSP 8	NOMBRE DE JOURS <input type="text"/> NSP 8	NOMBRE DE JOURS <input type="text"/> NSP 8
457CE Les jours pendant lesquels vous administriez les comprimés à (NOM), combien de fois lui en donniez-vous dans la journée ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NSP 98	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NSP 98	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NSP 98
457CF A chaque prise, combien de comprimés donniez-vous à (NOM) ?	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>

	DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT AVT-DERNIERE NAISSANCE NOM _____
459a (NOM) a-t-il/elle jamais eu la diarrhée durant sa vie ?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 478A) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 478A) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 478A) ←
459b A quand remonte le dernier épisode de diarrhée de (NOM)?	NOMBRE DE MOIS... <input type="text"/> NSP.....98	NOMBRE DE MOIS... <input type="text"/> NSP.....98	NOMBRE DE MOIS... <input type="text"/> NSP.....98
460 (NOM) a-t-il/elle eu la diarrhée durant les deux dernières semaines ?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 478A) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 478A) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 478A) ←
465 VOIR 428 : DERNIER ENFANT ENCORE ALLAITE?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (PASSER A 468)		
466 Quand (NOM) avait la diarrhée, avez-vous changé le nombre d'allaitements/tétées ?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 468) ←		
467 Avez-vous augmenté ou réduit le nombre de tétées, ou avez-vous arrêté complètement?	AUGMENTE.....1 REDUIT.....2 ARRETE COMPLETEMENT.....3		
468 (En dehors du lait maternel) Lui avez-vous donné à boire plus ou moins la même quantité qu'avant la diarrhée?	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? INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE.	LIQUIDE DES SACHETS SRO...A LIQUIDE FAIT A LA MAISON...B ERSEFURIL/TYPHOMICINE...C GANIDAN/IMMODIUM/CHARBON/ AUTRE ANTI-DIARRHEIQUE...D INJECTION.....E PERFUSION/SERUM.....F PLANTES MEDICINALES/ REMEDE TRADIONNEL G (PRECISER) AUTRE H (PRECISER)	LIQUIDE DES SACHETS SRO...A LIQUIDE FAIT A LA MAISON...B ERSEFURIL/TYPHOMICINE...C GANIDAN/IMMODIUM/CHARBON/ AUTRE ANTI-DIARRHEIQUE...D INJECTION.....E PERFUSION/SERUM.....F PLANTES MEDICINALES/ REMEDE TRADIONNEL G (PRECISER) AUTRE H (PRECISER)	LIQUIDE DES SACHETS SRO...A LIQUIDE FAIT A LA MAISON...B ERSEFURIL/TYPHOMICINE...C GANIDAN/IMMODIUM/CHARBON/ AUTRE ANTI-DIARRHEIQUE...D INJECTION.....E PERFUSION/SERUM.....F PLANTES MEDICINALES/ REMEDE TRADIONNEL G (PRECISER) AUTRE H (PRECISER)
471 Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2

	NOM	DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE	AVANT AVT-DERNIERE NAISSANCE																																			
473 VOIR 470:		NON: LIQUIDE SRO PAS CITE: OUI: LIQUIDE DE SRO CITE OU 470 NON POSEE:	NON: LIQUIDE SRO PAS CITE: OUI: LIQUIDE DE SRO CITE OU 470 NON POSEE:	NON: LIQUIDE SRO PAS CITE: OUI: LIQUIDE DE SRO CITE OU 470 NON POSEE:																																			
LIQUIDE D'UN SACHET SRO CITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (PASSER A 476)	<input type="checkbox"/> (PASSER A 476)	<input type="checkbox"/> (PASSER A 476)																																			
474 (NOM) a-t-il/elle reçu un liquide préparé à partir d'un sachet spécial de poudre contre la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8																																			
476 VOIR 470:		NON: LIQUIDE MAISON PAS CITE: OUI: LIQUIDE MAISON CITE OU 470 NON POSEE:	NON: LIQUIDE MAISON PAS CITE: OUI: LIQUIDE MAISON CITE OU 470 NON POSEE:	NON: LIQUIDE MAISON PAS CITE: OUI: LIQUIDE MAISON CITE OU 470 NON POSEE:																																			
LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON CITE.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (PASSER A 478A)	<input type="checkbox"/> (PASSER A 478A)	<input type="checkbox"/> (PASSER A 478A)																																			
477 (NOM) a-t-il/elle reçu un liquide recommandé par le personnel de santé et préparé à la maison avec une solution d'eau salée et sucrée quand il/elle avait la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8																																			
478A (NOM) a-t-il/elle reçu des vaccinations contre la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche à l'occasion des JNV? SI OUI: Combien de fois?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>																																			
478B Avez-vous une fiche de suivi pondéral pour (NOM) ?	OUI FICHE VUE.....1 OUI FICHE NON VUE.....2 (PASSER A 478D).....3 NON SUIVI.....3	OUI FICHE VUE.....1 OUI FICHE NON VUE.....2 (PASSER A 478D).....3 NON SUIVI.....3	OUI FICHE VUE.....1 OUI FICHE NON VUE.....2 (PASSER A 478D).....3 NON SUIVI.....3	OUI FICHE VUE.....1 OUI FICHE NON VUE.....2 (PASSER A 478D).....3 NON SUIVI.....3																																			
478C VERIFIER LA FICHE ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE PESEES.	NOMBRE DE PESEES. <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER A 479)	NOMBRE DE PESEES. <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER A 479)	NOMBRE DE PESEES. <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER A 479)	NOMBRE DE PESEES. <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER A 479)																																			
478D (NOM) a-t-il/elle été pesé/e au moins une fois ?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 479).....3 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 479).....3 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 479).....3 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 479).....3 NSP.....8																																			
478E (NOM) est-il/elle pesé/e régulièrement chaque mois?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8																																			
479 RETOURNER A 441B POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A 479A.																																							
479A Les éléments suivants sont-ils sans importance, importants ou très importants pour la santé des enfants?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SANS IMPORTANCE</th> <th>IMPOR-TANT</th> <th>TRES IMPORT.</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>la vaccination?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>le fait de porter sur le dos?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>le fait de dormir beaucoup?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>le traitement par réhydratation orale en cas de diarrhée?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>la bonne nutrition?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>l'allaitement maternel?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>					SANS IMPORTANCE	IMPOR-TANT	TRES IMPORT.	NSP	la vaccination?	1	2	3	8	le fait de porter sur le dos?	1	2	3	8	le fait de dormir beaucoup?	1	2	3	8	le traitement par réhydratation orale en cas de diarrhée?	1	2	3	8	la bonne nutrition?	1	2	3	8	l'allaitement maternel?	1	2	3	8
	SANS IMPORTANCE	IMPOR-TANT	TRES IMPORT.	NSP																																			
la vaccination?	1	2	3	8																																			
le fait de porter sur le dos?	1	2	3	8																																			
le fait de dormir beaucoup?	1	2	3	8																																			
le traitement par réhydratation orale en cas de diarrhée?	1	2	3	8																																			
la bonne nutrition?	1	2	3	8																																			
l'allaitement maternel?	1	2	3	8																																			

SECTION 5. MARIAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
501	AUTRES PERSONNES PRESENTES A CE MOMENT :	<div style="text-align: right; margin-right: 10px;">OUI NON</div> ENFANT MOINS DE 10 ANS.....1 2 MARI/CONJOINT.....1 2 AUTRES HOMMES.....1 2 AUTRES FEMMES.....1 2	
502	Etes-vous actuellement mariée ou vivez-vous actuellement en union avec un homme?	OUI, ACTUELLEMENT MARIEE.....1 OUI, VIT AVEC UN HOMME.....2 PREMIER MARIAGE NON CONSOMME.....3 NON, PAS EN UNION.....4	} → 507A } } → 513A }
504	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu en union avec un homme ?	OUI, A ETE MARIEE.....1 OUI, A VECU AVEC UN HOMME.....2 NON.....3	} } } → 513A
506	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle: êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ?	VEUVE.....1 DIVORCEE.....2 SEPARÉE.....3	} → 513B } }
507A	NOTER LE NUMERO DE LIGNE DE SON MARI SELON LE QUESTIONNAIRE MENAGE. S'IL NE FIGURE PAS DANS LE MENAGE, NOTER '00'.		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div>
	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes en rapport avec la santé de la reproduction.		
513A	Avez-vous jamais eu des rapports sexuels avec un partenaire sexuel régulier ou occasionnel ou n'avez-vous jamais eu de partenaire sexuel ?	PARTENAIRE SEXUEL REGULIER.....A PARTENAIRE SEXUEL OCCASIONNEL...B PAS AUTRE PARTENAIRE SEXUEL.....C JAMAIS DE RAPPORT SEXUEL.....D	} } } → 601A } → 601A
513B	Avez-vous jamais eu un partenaire sexuel régulier (autre que votre mari/conjoint) ou un partenaire occasionnel ?		
515C	Quand avez-vous eu, pour la dernière fois, des rapports sexuels avec quelqu'un autre que votre mari/l'homme avec qui vous vivez ?	NOMBRE DE JOURS.....1 NOMBRE DE SEMAINES.....2 NOMBRE DE MOIS.....3 60 MOIS OU PLUS.....996	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></div> </div>
515D	Un condom a-t-il été utilisé à cette occasion ?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	} } }

SECTION 6. COMPORTEMENT SEXUEL, SIDA ET AUTRES MST

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
601A	Avez-vous déjà entendu parler de maladies qui peuvent se transmettre sexuellement ?	OUI.....1 NON.....2	→ 601L
601B	Quelles maladies ou signes de maladies sexuellement transmissibles connaissez-vous ?	SYPHILIS.....A GONOCOCCIE/BLENNORRAGIE.....B SIDA.....C CONDYLOME/TUMEUR GENITALE.....D ECOULEMENT URETRAL.....E PERTES BLANCHES OU P VAGINALES..F DOULEURS BAS VENTRE.....G ULCERATIONS GENITALES.....H BRULURES MICTIONELLES.....I AUTRE.....W (PRECISER) AUTRE.....X (PRECISER) NSP.....Z	
	ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES.		
601K	VERIFIER 601B: N'A PAS CITE LE "SIDA" OU QUESTION NON POSEE	A CITE LE "SIDA"	→ 603
601L	Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée SIDA?	OUI.....1 NON.....2	→ 611C
603	Y-a-t-il quelque chose qu'une personne peut faire pour éviter d'attraper des MST, le SIDA ou le virus qui cause le sida?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→ 611C
604	Selon vous, que peut-on faire ?	FIDELITE.....A S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS..B UTILISER DES CONDOMS.....C EVITER MULTIPLES PARTENAIRES...D EVITER LES PROSTITUEES.....E EVITER REL. HOMOSEXUELLES.....F EVITER TRANSFUSIONS DE SANG....G EVITER INJECTIONS.....H EVITER D'EMBRASSER.....I EVITER PIQUES MOUSTIQUES.....J EVITER LAMES, CISEAUX, COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..K CHERCHER LA PROTECTION DES GUERISSEURS TRADITIONNELS.....L AUTRE.....W (PRECISER) AUTRE.....X (PRECISER)	
	INSISTER : Quelque chose d'autre ?		
	ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
611C	Certaines personnes utilisent un condom pendant les rapports sexuels pour éviter d'attraper le SIDA ou d'autres maladies sexuellement transmissibles. En avez-vous déjà entendu parler?	OUI.....1 NON.....2	
611D	VERIFIER 601B ET 601L: SIDA CITE : <input type="checkbox"/>	SIDA NON CITE : <input type="checkbox"/>	660
611E	Quels signes du sida connaissez-vous ?	DIARRHEE.....A TOUX CHRONIQUEB FIEVRE PROLONGEE.....C AMAIGUISSEMENT.....D GANGLIONS MULTIPLESE CANDIDOSE ORALEF AUTRE.....W (PRECISER) AUTRE.....X (PRECISER)	
660	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE..... MINUTES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>

FIN DE L'INTERVIEW

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRICE
A remplir une fois que l'interview est finie

Commentaires
sur l'enquêtee:

Commentaires sur des
questions spécifiques:

Autres commentaires:

OBSERVATIONS DE LA CONTROLEUSE

Nom de la contrôleuse: _____ Date: _____

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

Nom du Chef d'Equipe: _____ Date: _____