

ENQUETE MORTALITE, MORBIDITE ET UTILISATION DES SERVICES (EMMUS-V)

QUESTIONNAIRE MÉNAGE

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ
PUBLIQUE ET DE LA POPULATION**

INSTITUT HAÏTIEN DE L'ENFANCE

IDENTIFICATION																															
NOM DE LA LOCALITÉ _____	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">GRAPPE</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>MENAGE</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>DEPARTEMENT</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>CAMP (OUI =1, NON =2)</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>AIRE MÉTROPOLITAINE, CAP HAÏTEN, GONAÏVES, LES CAYES, AUTRES VILLES, RURAL Aire Métropolitaine = 1; Cap Haïtien = 2, Gonaïves = 3, Les Cayes = 4, Autres Villes =5, Rural = 6)</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>MILIEU (URBAIN = 1; RURAL = 2)</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>RESIDENCE</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>URBAIN/RURAL</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </td> </tr> </table>	GRAPPE	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>				MENAGE	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>				DEPARTEMENT	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>				CAMP (OUI =1, NON =2)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>		AIRE MÉTROPOLITAINE, CAP HAÏTEN, GONAÏVES, LES CAYES, AUTRES VILLES, RURAL Aire Métropolitaine = 1; Cap Haïtien = 2, Gonaïves = 3, Les Cayes = 4, Autres Villes =5, Rural = 6)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>		MILIEU (URBAIN = 1; RURAL = 2)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>		RESIDENCE	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>		URBAIN/RURAL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>	
GRAPPE		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																													
MENAGE		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																													
DEPARTEMENT		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																													
CAMP (OUI =1, NON =2)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																														
AIRE MÉTROPOLITAINE, CAP HAÏTEN, GONAÏVES, LES CAYES, AUTRES VILLES, RURAL Aire Métropolitaine = 1; Cap Haïtien = 2, Gonaïves = 3, Les Cayes = 4, Autres Villes =5, Rural = 6)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																														
MILIEU (URBAIN = 1; RURAL = 2)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																														
RESIDENCE	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																														
URBAIN/RURAL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																														
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																															
NUMÉRO DE GRAPPE.....																															
NUMÉRO DU MÉNAGE																															
DÉPARTEMENT																															

MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME, LES MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES, LE TEST D'ANÉMIE ET LE TEST DU VIH: OUI = 1; NON = 2	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>	

VISITES D'ENQUÊTEURS				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR MOIS ANNÉE
NOM DE L'ENQUÊTEUR/ ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	CODE ENQU.
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	RÉSULTAT
PROCHAINE DATE VISITE: HEURE	_____	_____	_____	NOMBRE TOTAL DE VISITES
*CODES RÉSULTAT: 1 REMPLI 2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT À LA MAISON AU MOMENT DE LA VISITE 3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE 4 DIFFÉRÉ 5 REFUSÉ 6 LOGEMENT VACANT OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE 7 LOGEMENT DÉTRUIT 8 LOGEMENT NON TROUVÉ 9 AUTRE _____ (PRÉCISER)			TOTAL DANS LE MÉNAGE TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES TOTAL D'HOMMES ÉLIGIBLE N° DE LIGNE DE L'ENQUÊTÉ POUR QUESTIONNAIRE MÉNAGE	

CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLEUSE	CONTROLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____	NOM _____	_____	_____

PRESENTATION ET CONSENTEMENT APRES INFORMATION

Bonjour. Je m'appelle _____. Je travaille pour l'Institut Haïtien de l'Enfance. Nous effectuons une enquête nationale sur la santé. Cette enquête menée pour le compte du MSPP, vise à mieux connaître la situation de santé de la population haïtienne. Les informations que nous collectons aideront le gouvernement à améliorer les services de santé au niveau national et nous l'espérons au niveau de votre zone, ce qui sera bénéfique pour votre famille. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Nous voudrions vous poser quelques questions sur votre ménage. Les questions prennent habituellement environ 30 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles. Ces informations ne seront transmises à personne d'autres que les membres de l'équipe d'enquête qui sont tenus de ne pas divulguer les informations recueillies auprès des interviewés. Vous ne courez aucun risque en participant à cette enquête. Vous n'êtes pas obligé de participer à cette enquête, et il n'y a aucune pénalité si vous refusez d'y participer. Mais, nous espérons que vous accepterez d'y participer, car votre participation est très importante pour la réussite de l'étude.

S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

Si vous souhaitez plus d'informations sur l'enquête, vous pouvez contacter l'Institut Haïtien de l'Enfance au numéro suivant : 2510-2214

Avez-vous des questions à me poser ?
 Puis-je commencer l'interview maintenant ?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTEUR : _____ DATE: _____

L'ENQUÊTÉ ACCEPTE DE RÉPONDRE ... 1 L'ENQUÊTÉ REFUSE DE RÉPONDRE 2 → FIN

HEURE DE DEBUT HEURE MINUTES

--	--	--	--

TABLEAU MÉNAGE

N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	ÉTAT MATRIMONIAL	SI 15 ANS OU PLUS	SI ÂGE 5 - 14 ANS	ÉLIGIBILITÉ		
				5	6					7	8	8A
1	2	3	4	5	6	7	8	8A	9	10	11	
	<p>S'il vous plaît, donnez-moi les noms des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage.</p> <p>APRÈS AVOIR LISTÉ LES NOMS ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LES QUESTIONS 2A-2C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE EST COMPLÈTE.</p> <p>POSEZ ENSUITE LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COLONNES 5-20 POUR CHAQUE PERSONNE.</p>	<p>Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ?</p> <p>VOIR CODES CI-DESSOUS</p>	<p>(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?</p>	<p>(NOM) vit-il/elle ici habituellement ?</p>	<p>(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?</p>	<p>Quel âge a (NOM) ?</p> <p>SI MOINS D'UN AN, INSCRIVEZ '00'</p> <p>SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</p>	<p>Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM) ?</p> <p>1 = MARIÉ/PLACÉ/VIVAVEK/VIVANT ENSEMBLE</p> <p>2 = DIVORCÉ/SÉPARÉ</p> <p>3 = VEUF/VEUVE</p> <p>4 = JAMAIS MARIÉ ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC QUELQU'UN</p>	<p>(NOM) est-il/elle un restavek?</p>	<p>ENCERCLEZ LE N° DE</p> <p>LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS</p>	<p>VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE: MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME OUI=1</p> <p>ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES DE 15-59 ANS</p>	<p>VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE: MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME OUI=1</p> <p>ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS</p>	
01		<input type="text"/>	M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	EN ANNÉES <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	O N 1 2	01	01	01	
02		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	02	02	02	
03		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	03	03	03	
04		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	04	04	04	
05		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	05	05	05	
06		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	06	06	06	
07		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	07	07	07	
08		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	08	08	08	
09		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	09	09	09	
10		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	10	10	10	

CODES POUR Q. 3: LIEN DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE

- | | | |
|-------------------------|---------------------|------------------------------|
| 01 = CHEF DE MÉNAGE | 08 = FRÈRE OU SOEUR | 13 = ENFANT DE LA FEMME/MARI |
| 02 = FEMME OU MARI | 09 = NIÈCES/NEUVEUX | 14 = AUTRE PARENT |
| 03 = FILS OU FILLE | 10 = ONCLE /TANTE | 15 = SANS PARENTÉ |
| 04 = GENDRE/BELLE-FILLE | 11 = ADOPTE | 98 = NE SAIT PAS |
| 05 = PETIT-FILS/FILLE | 12 = EN GARDE | |
| 06 = PÈRE/MÈRE | | |
| 07 = BEAUX-PARENTS | | |

N° LIGNE	SI AGE DE 0-17 ANS				SI AGE DE 3 ANS OU PLUS		SI AGE DE 3-24 ANS				SI AGE 0-4 ANS
	ÉTAT DE SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES				A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE		FRÉQUENTATION SCOLAIRE ACTUELLE OU RÉCENTE		FRÉQUENTATION SCOLAIRE PASSÉE		DÉCLARATION DE NAISSANCE
	12	13	14	15	16	17	18	19	19A	19B	20
	La mère biologique de (NOM) est-elle en vie ?	La mère biologique de (NOM) vit-elle habituellement dans ce ménage ou était-elle en visite ici la nuit dernière ?	Le père biologique de (NOM) est-il en vie ?	Le père biologique de (NOM) vit-il habituellement dans ce ménage ou était-il en visite ici la nuit dernière ?	(NOM) a-t-il/elle déjà fréquenté l'école ?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint ?	(Nom) a-t-il/elle fréquenté l'école à n'importe quel moment durant l'année scolaire 2011-2012 ?	Au cours de l'année scolaire 2011-2012, à quel niveau et en quelle classe est/était (NOM) ?	(Nom) a-t-il/elle fréquenté l'école à n'importe quel moment durant l'année scolaire 2010-2011 ?	Au cours de l'année scolaire 2010-2011, à quel niveau et en quelle classe est/était (NOM) ?	(NOM) a-t-il/elle un acte de naissance ? Si oui, puis-je le voir SVP? SI NON, INSISTEZ: La naissance de (NOM) a-t-elle été déclarée à l'état civil ? 1 = OUI, ACTE VU 2 = OUI, ACTE NON VU 3 = PAS ACTE MAIS DÉCLARÉ 4 = NI ACTE, NI DÉCLARÉ 8 = NE SAIT PAS
	SI OUI: Quel est son nom ? INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE LA MÈRE. SI NON, INSCRIVEZ '00'.		SI OUI: Quel est son nom ? INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DU PÈRE. SI NON, INSCRIVEZ '00'.		VOIR CODES CI-DESSOUS Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevée à ce niveau ? VOIR CODES CI-DESSOUS		VOIR CODES CI-DESSOUS	VOIR CODES CI-DESSOUS	VOIR CODES CI-DESSOUS		
01	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ ALLEZ À 19A	<input type="text"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ ALLEZ À 19A	<input type="text"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ ALLEZ À 19A	<input type="text"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ ALLEZ À 19A	<input type="text"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ ALLEZ À 19A	<input type="text"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ ALLEZ À 19A	<input type="text"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ ALLEZ À 19A	<input type="text"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ ALLEZ À 19A	<input type="text"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ ALLEZ À 19A	<input type="text"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ ALLEZ À 19A	<input type="text"/>	O N NIVEAU CLASSE 1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CODES POUR Qs. 17, 19 et 19B: NIVEAU D'INSTRUCTION

NIVEAU	0 = PRÉ-SCOLAIRE	1 = PRIMAIRE	2=SECONDAIRE	3 = SUPERIEUR	8 = NE SAIT PAS	
CLASSE	'1' POUR TOUTES LES ANNÉES	0= MOINS D'1 AN ACHEVÉ	0= MOINS D'1 AN ACHEVÉ	0= MOINS D'1 AN ACHEVÉ		
		1=12 ⁹ /CP1/1 ^{ère} année 3=10 ⁹ /CE1/3 ^è année	5=8 ⁹ /CM1/5 ^è année	1 = 6 ^è 4 = 3 ^è 7 = Philo		1= 1 ^è an.. 3= 3 ^è an.
		2=11 ⁹ /CP2/2 ^è année 4=9 ⁹ /CE2/4 ^è année	6=7 ⁹ /CM2/6 ^è année	2 = 5 ^è 5 = 2 ^è		2= 2 ^è an. 4= 4 ^è an. ou +
	SI RÉPONSE = PRIMAIRE, ENFANTINE 1, 2 OU 13 ^e , ENREGISTRER NIVEAU=0, CLASSE=1	8 = NSP	3 = 4 ^è 6 = Rétho 8 = NSP	8 = NSP		

N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	SI 15 ANS OU PLUS	SI AGE 5 - 14 ANS	ÉLIGIBILITÉ		
				ÉTAT MATRIMONIAL	SI LIEN PARENTE = 11 à 15 ou 98		9	10	11		
1	2	3	4	5	6	7	8	8A	9	10	11
	<p>S'il vous plaît, donnez-moi les noms des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage.</p> <p>APRÈS AVOIR LISTÉ LES NOMS ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LES QUESTIONS 2A-2C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE EST COMPLÈTE.</p> <p>POSEZ ENSUITE LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COLONNES 5-20 POUR CHAQUE PERSONNE.</p>	<p>Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ?</p> <p>VOIR CODES CI-DESSOUS</p>	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	(NOM) vit-il/elle ici habituellement ?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?	<p>Quel âge a (NOM) ?</p> <p>SI MOINS D'UN AN, INSCRIVEZ '00'</p> <p>SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</p>	<p>Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM) ?</p> <p>1 = MARIÉ/PLACÉ/VIVAVEK/VIVANT ENSEMBLE</p> <p>2 = DIVORCÉ/SÉPARÉ</p> <p>3 = VEUF/VEUVE</p> <p>4 = JAMAIS MARIÉ ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC QUELQU'UN</p>	(NOM) est-il/elle un restavek?	<p>ENCERCLEZ LE N° DE</p> <p>LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS</p>	<p>VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE: MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME OUI=1</p> <p>ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES DE 15-59 ANS</p>	<p>VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE: MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME OUI=1</p> <p>ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS</p>
11		<input type="text"/>	M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	EN ANNÉE <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	11	11	11
12		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	12	12	12
13		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	13	13	13
14		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	14	14	14
15		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	15	15	15
16		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	16	16	16
17		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	17	17	17
18		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	18	18	18
19		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	19	19	19
20		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1 2	20	20	20

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE

CODES POUR Q. 3: LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE

2A) Juste pour être sûr que j'ai une liste complète : y a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas listés?

OUI AJOUTER AU TABLEAU NON

2B) Ya t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille, tels que des domestiques, locataires ou amis qui vivent habituellement ici ?

OUI AJOUTER AU TABLEAU NON

2C) Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont dormi ici la nuit dernière et qui n'ont pas été listés?

OUI AJOUTER AU TABLEAU NON

01 = CHEF DE MÉNAGE
 02 = FEMME OU MARI
 03 = FILS OU FILLE
 04 = GENDRE/BELLE-FILLE
 05 = PETIT-FILS/FILLE
 06 = PÈRE/MÈRE
 07 = BEAUX-PARENTS
 08 = FRÈRE OU SOEUR
 09 = NIÈCES/NEUVEUX
 10 = ONCLE /TANTE

11 = ADOPTE
 12 = EN GARDE
 13 = ENFANT DE LA FEMME/MARI
 14 = AUTRE PARENT
 15 = SANS PARENTÉ
 98 = NE SAIT PAS

N° LIGNE	SI AGE DE 0-17 ANS				SI AGE DE 3 ANS OU PLUS		SI AGE DE 3-24 ANS				SI AGE 0-4 ANS
	ÉTAT DE SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES				A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE		FRÉQUENTATION SCOLAIRE ACTUELLE OU RÉCENTE		FRÉQUENTATION SCOLAIRE PASSÉE		DÉCLARATION DE NAISSANCE
	12	13	14	15	16	17	18	19	19A	19B	20
	La mère biologique de (NOM) est-elle en vie ?	La mère biologique de (NOM) vit-elle habituellement dans ce ménage ou était-elle en visite ici la nuit dernière ?	Le père biologique de (NOM) est-il en vie ?	Le père biologique de (NOM) vit-il habituellement dans ce ménage ou était-il en visite ici la nuit dernière ?	(NOM) a-t-il/elle déjà fréquenté l'école ?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint ?	(Nom) a-t-il/elle fréquenté l'école à n'importe quel moment durant l'année scolaire 2011-2012 ?	Au cours de l'année scolaire 2011-2012, à quel niveau et en quelle classe est/était (NOM) ?	(Nom) a-t-il/elle fréquenté l'école à n'importe quel moment durant l'année scolaire 2010-2011 ?	Au cours de l'année scolaire 2010-2011, à quel niveau et en quelle classe est/était (NOM) ?	(NOM) a-t-il/elle un acte de naissance ? Si oui, puis-je le voir SVP? SI NON, INSISTEZ: La naissance de (NOM) a-t-elle été déclarée à l'état civil ?
	SI OUI: Quel est son nom ? INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE LA MÈRE. SI NON, INSCRIVEZ '00'.		SI OUI: Quel est son nom ? INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DU PÈRE. SI NON, INSCRIVEZ '00'.		VOIR CODES CI-DESSOUS Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevée à ce niveau ? VOIR CODES CI-DESSOUS		VOIR CODES CI-DESSOUS	VOIR CODES CI-DESSOUS	VOIR CODES CI-DESSOUS	VOIR CODES CI-DESSOUS	1 = OUI, ACTE VU 2 = OUI, ACTE NON VU 3 = PAS ACTE MAIS DÉCLARÉ 4 = NI ACTE, NI DÉCLARÉ 8 = NE SAIT PAS
11	0 N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	0 N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	0 N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	NIVEAU- CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	0 N 1 2 ↓ ALLEZ À 19A	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	0 N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
12	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 19A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
13	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 19A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
14	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 19A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
15	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 19A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
16	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 19A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
17	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 19A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
18	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 19A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
19	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 19A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
20	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 19A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

CODES POUR Qs. 17, 19 et 19B: NIVEAU D'INSTRUCTION

NIVEAU	0 = PRÉ-SCOLAIRE	1 = PRIMAIRE	2=SECONDAIRE	3 = SUPÉRIEUR	8 = NE SAIT PAS	
CLASSE	'1' POUR TOUTES LES ANNÉES	0= MOINS D'1 AN ACHÉVÉ 1=12 ^è /CP1/1 ^{ère} année 3=10 ^è /CE1/3 ^è année 2=11 ^è /CP2/2 ^è année 4=9 ^è /CE2/4 ^è année	5=8 ^è /CM1/5 ^è année 6=7 ^è /CM2/6 ^è année	0= MOINS D'1 AN ACHÉVÉ 1 = 6 ^è 4 = 3 ^è 7 = Philo 2 = 5 ^è 5 = 2 ^è 3 = 4 ^è 6 = Rétho	0= MOINS D'1 AN ACHÉVÉ 1= 1 ^è an.. 3= 3 ^è an. 2= 2 ^è an. 4= 4 ^è an. ou +	
	SI RÉPONSE = PRIMAIRE, ENFANTINE 1, 2 OU 13 ^è , ENREGISTRER NIVEAU=0, CLASSE=1	8 = NSP	8 = NSP	8 = NSP		

CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	Est-ce qu'il arrive que quelqu'un fume dans votre maison ? Diriez-vous que cela arrive tous les jours, une fois par semaine, une fois par mois, moins d'une fois par mois ou jamais ?	TOUS LES JOURS 1 UNE FOIS PAR SEMAINE 2 UNE FOIS PAR MOIS 3 MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS 4 JAMAIS 5	
102	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LOGEMENT 11 ROBINET DANS COUR 12 ROBINET DU VOISIN 13 ROBINET PUBLIC 14 PUITS PROTÉGÉ/FORAGE PUITS PROTÉGÉ DANS LA COURS ... 21 AUTRE Puits PROTÉGÉ 22 PUITS OUVERT PUITS OUVERT DANS LA COURS ... 31 PUITS PUBLIC OU AUTRE PUITS OUVERT 32 EAU DE SOURCE SOURCE PROTÉGÉE 41 SOURCE NON PROTÉGÉE 42 EAU DE SURFACE (RIVIÈRE/BARRAGE/ LAC/MARE/CANAL) 51 EAU DE PLUIE 61 CAMION CITERNE 71 PETIT VENDEUR D'EAU 72 EAU EN BOUTEILLE 81 SOCIÉTÉ DE VENTE D'EAU 91 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	→ 104 → 104 → 104 → 104
103	Combien de temps faut-il pour aller chercher l'eau, prendre l'eau et revenir ?	MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	
104	Faites-vous quelque chose pour rendre l'eau plus saine à boire ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 106
105	Habituellement, que faites-vous pour rendre l'eau que vous buvez plus saine ? Quelque chose d'autre ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	LA FAIRE BOUILLIR A AJOUTER EAU DE JAVEL/CHLORE B AJOUTER SACHET/TABLETTE DE PURIFIANT/AQUATAB C LA FILTRER À TRAVERS UN LINGE D UTILISER UN FILTRE (CÉRAMIQUE/ SABLE/COMPOSITE/ ETC.) E DÉSINFECTION SOLAIRE F LA LAISSER REPOSER G AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	
105A	Au cours des dernières 24 heures, qu'avez-vous fait pour rendre l'eau que vous buvez plus saine ?	LA FAIRE BOUILLIR A AJOUTER EAU DE JAVEL/CHLORE B AJOUTER SACHET/TABLETTE DE PURIFIANT/AQUATAB C LA FILTRER À TRAVERS UN LINGE D UTILISER UN FILTRE (CÉRAMIQUE/ SABLE/COMPOSITE/ ETC.) E DÉSINFECTION SOLAIRE F LA LAISSER REPOSER G AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																								
113	PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL ENREGISTREZ L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL TERRE/SABLE 11 BOUSE 12 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE PLANCHES EN BOIS 21 MATÉRIAU ÉLABORÉ PARQUET OU BOIS CIRÉ 31 CIMENT/BÉTON/MAÇONNERI 32 MOSAÏQUE/CÉRAMIQUE 33 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)																									
114	PRINCIPAL MATÉRIAU DU TOIT ENREGISTREZ L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL PAS DE TOIT 11 CHAUME/PALMES/FEUILLES 12 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE PALMES/BAMBOU 21 PLANCHES EN BOIS 22 TOILE/TENTE 23 MATÉRIAU ÉLABORÉ MÉTAL 31 BOIS 32 CIMENT 33 SHINGLES 34 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)																									
115	PRINCIPAL MATÉRIAU DES MURS EXTÉRIEURS ENREGISTREZ L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL PAS DE MUR 11 BAMBOU/CANE/PALME/TRONC 12 TERRE 13 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE BAMBOU AVEC BOUE 21 PIERRES AVEC BOUE 22 CARTON 23 BOIS DE RÉCUPÉRATION 24 TOILE/TENTE 25 MATÉRIAU ÉLABORÉ CIMENT 31 PIERRES AVEC CHAUX/CIMENT 32 BLOCS DE CIMENT 33 PLANCHE EN BOIS/SHINGLES 34 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)																									
116	Dans ce ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ?	NOMBRE DE PIÈCES <input type="text"/> <input type="text"/>																									
117	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède : Une montre ? Une bicyclette ? Une motocyclette/mobilette ou moto? Une voiture, camion, ou une camionnette ? Une pirogue/ canot /bateau sans moteur Un canot /bateau avec moteur / Hors-bord? Une charrette tirée par un animal ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MONTRE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>BICYCLETTE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MOTOCYCLETTE/MOTO/SCOOTER</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VOITURE/CAMIONNETTE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PIROGUE/BATEAU SANS MOTEUR. . .</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>BATEAU À MOTEUR</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CHARRETTE AVEC ANIMAL</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	MONTRE	1	2	BICYCLETTE	1	2	MOTOCYCLETTE/MOTO/SCOOTER	1	2	VOITURE/CAMIONNETTE	1	2	PIROGUE/BATEAU SANS MOTEUR. . .	1	2	BATEAU À MOTEUR	1	2	CHARRETTE AVEC ANIMAL	1	2	
	OUI	NON																									
MONTRE	1	2																									
BICYCLETTE	1	2																									
MOTOCYCLETTE/MOTO/SCOOTER	1	2																									
VOITURE/CAMIONNETTE	1	2																									
PIROGUE/BATEAU SANS MOTEUR. . .	1	2																									
BATEAU À MOTEUR	1	2																									
CHARRETTE AVEC ANIMAL	1	2																									
118	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède des terres cultivables ?	OUI 1 NON 2	→ 120																								
119	Combien de carreaux de terres agricoles les membres de ce ménage possèdent-ils? SI PLUS DE 95, ENREGISTRER '95'. SI INCONNU, ENREGISTRER '98'	CARREAUX <input type="text"/> <input type="text"/>																									

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																
120	Est-ce que votre ménage possède du bétail, des troupeaux d'autres animaux de ferme ou de la volaille ?	OUI 1 NON 2	→ 122																
121	Parmi les animaux suivants, combien votre ménage en possède t-il ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'. SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'. SI NE SAIT PAS, INSCRIVEZ '98'. Bovins ? Chevaux, ânes, mules ? Chèvres ? Moutons ? Cochons? Poulets, canard, dinde, pintade? Lapins ? Cochons d'Inde?	BOVINS CHEVAUX/ANES CHÈVRES MOUTONS COCHONS POULETS LAPINS COCHONS D'INDE	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																
122	Est-ce qu'un membre de votre ménage a un compte en banque ?	OUI 1 NON 2																	
123	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un est venu dans votre logement pour le traiter contre les moustiques? SI OUI: Est-ce qu'il s'agissait de fumigation ou de nébulisation?	OUI, FUMIGATION 1 OUI, NEBULISATION 2 OUI, AUTRE 3 NON 4 NE SAIT PAS 8	→ 125																
124	Qui a traité votre logement ?	EMPLOYÉ/PROGRAMME GOUVERNEMENT A SOCIÉTÉ PRIVÉE B ORGANISATION NON GOUVERNEMENTALE (ONG) C AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Y																	
125	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un est venu dans les environs pour asperger les endroits où peuvent se développer les moustiques, comme dans l'eau stagnante?	OUI 1 NON 4 NE SAIT PAS 8	→ 126																
125A	Qui a aspergé ces endroits ?	EMPLOYÉ/PROGRAMME GOUVERNEMENT A SOCIÉTÉ PRIVÉE B ORGANISATION NON GOUVERNEMENTALE (ONG) C AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Y																	
126	Est-ce que votre ménage a des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir ?	OUI 1 NON 2	→ 137																
127	Combien de moustiquaires votre ménage a t-il ? SI 7 MOUSTIQUAIRES OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																

		MOUSTIQUAIRE #1	MOUSTIQUAIRE #2	MOUSTIQUAIRE #3
128	DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER LES MOUSTIQUAIRES DU MÉNAGE SI PLUS DE 3 MOUSTIQUAIRES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES	OBSERVÉE 1 NON OBSERVÉE ... 2	OBSERVÉE 1 NON OBSERVÉE ... 2	OBSERVÉE 1 NON OBSERVÉE ... 2
129	Cela fait combien de mois que votre ménage a la moustiquaire ? SI MOINS D'UN MOIS, ENREGISTREZ '00'.	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... PLUS DE 36 MOIS 95 PAS SÛR 98	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... PLUS DE 36 MOIS 95 PAS SÛR 98	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... PLUS DE 36 MOIS 95 PAS SÛR 98
130	OBSERVEZ OU DEMANDEZ LA MARQUE/TYPE DE LA MOUSTIQUAIRE SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE ET QUE VOUS NE POUVEZ PAS OBSERVER LA MOUSTIQUAIRE, MONTREZ UNE PHOTO D'UNE MOUSTIQUAIRE COURANTE À L'ENQUÊTÉ.	MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE LONGUE DURÉE D' ACTION (MIILDA) OLYSET 11 SERENA 12 PERMANET 13 INTERCEPTOR... 14 DAWA 15 OLYMPIC 16 NSP MARQUE 17 (PASSER À 134) ← MOUSTIQUAIRE 'PRÉ-TRAITÉE' MARQUE C 21 AUTRE/ NSP MARQUE 26 (PASSER À 132) ← AUTRE MARQUE ... 96 NSP MARQUE 98	MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE LONGUE DURÉE D' ACTION (MIILDA) OLYSET 11 SERENA 12 PERMANET 13 INTERCEPTOR... 14 DAWA 15 OLYMPIC 16 NSP MARQUE 17 (PASSER À 134) ← MOUSTIQUAIRE 'PRÉ-TRAITÉE' MARQUE C 21 AUTRE/ NSP MARQUE 26 (PASSER À 132) ← AUTRE MARQUE ... 96 NSP MARQUE 98	MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE LONGUE DURÉE D' ACTION (MIILDA) OLYSET 11 SERENA 12 PERMANET 13 INTERCEPTOR... 14 DAWA 15 OLYMPIC 16 NSP MARQUE 17 (PASSER À 134) ← MOUSTIQUAIRE 'PRÉ-TRAITÉE' MARQUE C 21 AUTRE/ NSP MARQUE 26 (PASSER À 132) ← AUTRE MARQUE ... 96 NSP MARQUE 98
131	Quand vous avez obtenu cette moustiquaire, était-elle déjà traitée avec un insecticide pour tuer ou éloigner les moustiques ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 PAS SÛR 8
132	Depuis que vous avez cette moustiquaire, a t-elle été trempée-ou plongée dans un liquide pour tuer ou éloigner les moustiques ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 134) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 134) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 134) ← PAS SÛR 8
133	Cela fait combien de mois que la moustiquaire a été trempée ou plongée pour la dernière fois ? SI MOINS D'1 MOIS, ENREGISTREZ '00'.	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... PLUS DE 24 MOIS 95 PAS SÛR 98	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... PLUS DE 24 MOIS 95 PAS SÛR 98	IL Y A... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... PLUS DE 24 MOIS 95 PAS SÛR 98
134	Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous la moustiquaire ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 136) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 136) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 136) ← PAS SÛR 8

		MOUSTIQUAIRE #1	MOUSTIQUAIRE #2	MOUSTIQUAIRE #3
135	<p>Qui a dormi sous la moustiquaire la nuit dernière ?</p> <p>ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA PERSONNE À PARTIR DU TABLEAU MÉNAGE.</p>	<p>NOM _____</p> <p>N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>NOM _____</p> <p>N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>NOM _____</p> <p>N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p>
		<p>NOM _____</p> <p>N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>NOM _____</p> <p>N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>NOM _____</p> <p>N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p>
		<p>NOM _____</p> <p>N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>NOM _____</p> <p>N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>NOM _____</p> <p>N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p>
		<p>NOM _____</p> <p>N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>NOM _____</p> <p>N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>NOM _____</p> <p>N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p>
136		RETOURNEZ À 128 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE OU SI PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ À 137.	RETOURNEZ À 128 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE OU SI PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ À 137.	ALLEZ À 128 À LA PREMIÈRE COLONNE D'UN NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU SI PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ À 137.
137	Montrez-moi, s'il vous plait, où les membres du ménage se lavent le plus souvent les mains.	<p>OBSERVÉ 1</p> <p>NON OBSERVÉ, PAS DANS LOGEMENT/COUR/PARCELLE 2</p> <p>NON OBSERVÉ, PAS DE PERMISSION POUR VÉRIFIER 3</p> <p>NON OBSERVÉ, AUTRE RAISON 4</p> <p>(PASSER À 140) ←</p>		
138	<p>OBSERVATION SEULEMENT :</p> <p>OBSERVEZ LA DISPONIBILITÉ D'EAU À L'ENDROIT OÙ LES MEMBRES DU MÉNAGE SE LAVENT LES MAINS.</p>	<p>EAU DISPONIBLE (ROBINET) 1</p> <p>EAU DISPONIBLE (SEAU/BIDON SEULEMENT) 2</p> <p>EAU DISPONIBLE (CUVETTE SEULEMENT) 3</p> <p>EAU DISPONIBLE (SEAU/BIDON ET CUVETTE) 4</p> <p>EAU DISPONIBLE (AUTRE) 5</p> <p>EAU NON DISPONIBLE 6</p>		
139	<p>OBSERVATION SEULEMENT :</p> <p>OBSERVEZ LA PRÉSENCE DE SAVON, DÉTERGENT OU AUTRE PRODUIT POUR SE LAVER.</p>	<p>SAVON OU DÉTERGENT (EN MORCEAU, LIQUIDE, POUDRE, PÂTE) A</p> <p>CENDRE B</p> <p>SABLE, CITRON, FEUILLE C</p> <p>AUCUN D</p> <p>(PASSER À 140) ←</p>		
139A	Dans votre ménage avez-vous du savon ou du détergent, en morceau, en liquide ou en poudre, pour vous laver les mains?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>		
140	<p>DEMANDER À L'ENQUÊTÉ UNE PETITE CUILLÈRE DE SEL POUR LA CUISINE.</p> <p>TEST DU SEL POUR LA TENEUR EN IODE</p>	<p>PRÉSENCE D'IODE 1</p> <p>PAS D'IODE 2</p> <p>PAS DE SEL DANS LE MÉNAGE 3</p> <p>SEL NON TESTÉ 6</p> <p>(PRÉCISEZ LA RAISON)</p>		

TRAVAIL DES ENFANTS DE 5-14 ANS

		VÉRIFIER COLONNES (5) ET (7) : NOMBRE D'ENFANTS DE 5 A 14 ANS (COL. 7) QUI RÉSIDENT HABITUELLEMENT DANS LE MÉNAGE (COL. 5=1) : AUCUN <input type="text"/> → ALLER A 151									
		REMPLEISSEZ LE TABLEAU SUIVANT POUR CHAQUE ENFANT DE 5 A 14 ANS QUI RÉSIDENT HABITUELLEMENT DANS LE MÉNAGE									
		POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES A LA PERSONNE EN CHARGE DE CHAQUE ENFANT (S'IL Y A PLUS DE 8 ENFANTS, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE) :									
		Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur tous les types de travaux que font les enfants qui vivent dans ce ménage.									
141	143	144	145	146	146A	147	148	149	150		
ENREGISTRER LE N° DE LIGNE DE CHAQUE ENFANT RÉSIDENT DANS LE MÉNAGE DANS L'ORDRE DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU DE MÉNAGE	ENREGISTRER LE NOM DE CHAQUE ENFANT	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE PENDANT LEQUEL A LIEU L'ENQUÊTE) dernier, (NOM) a-t-elle fait un travail quelconque pour quelqu'un qui n'est pas un membre de ce ménage ? Si « OUI » : A-t-elle été payé(e) en espèces ou en nature pour ce travail ?	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE PENDANT LEQUEL A LIEU L'ENQUÊTE) dernier, environ combien d'heures (NOM) a-t-elle travaillé pour quelqu'un qui n'est pas un membre de ce ménage ? (SI PLUS D'UN TRAVAIL, ADDITIONNER TOUTES LES HEURES DE TRAVAIL EFFECTUÉES)	Au cours de la semaine dernière (NOM) est-elle allé chercher de l'eau ou du bois pour le ménage?	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, combien d'heures environ a-t-elle passé à aller chercher de l'eau ou du bois pour le ménage?	Au cours de la semaine dernière (NOM) a-t-elle fait un travail payé ou non payé sur les terres familiales ou dans une affaire familiale ou a-t-elle vendu des marchandises dans la rue?	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, combien d'heures environ a-t-elle passé à faire ce travail pour sa famille ou pour lui/elle-même?	Au cours de la semaine dernière (NOM) a-t-elle à fait des travaux ménagers tels que faire des courses, nettoyage, laver des vêtements, cuisiner ou s'occuper d'enfants, de personnes âgées ou malades?	Depuis le (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, combien d'heures environ a-t-elle passé à faire ces travaux ménagers?		
<input type="text"/>		OUI, PAYÉ 1 2 3 ALLER À 146	<input type="text"/>	OUI NON 1 2 ALLER À 147	<input type="text"/>	OUI NON 1 2 ALLER À 149	<input type="text"/>	OUI NON 1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		1 2 3 ALLER À 146	<input type="text"/>	1 2 ALLER À 147	<input type="text"/>	1 2 ALLER À 149	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		1 2 3 ALLER À 146	<input type="text"/>	1 2 ALLER À 147	<input type="text"/>	1 2 ALLER À 149	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		1 2 3 ALLER À 146	<input type="text"/>	1 2 ALLER À 147	<input type="text"/>	1 2 ALLER À 149	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		1 2 3 ALLER À 146	<input type="text"/>	1 2 ALLER À 147	<input type="text"/>	1 2 ALLER À 149	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		1 2 3 ALLER À 146	<input type="text"/>	1 2 ALLER À 147	<input type="text"/>	1 2 ALLER À 149	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		1 2 3 ALLER À 146	<input type="text"/>	1 2 ALLER À 147	<input type="text"/>	1 2 ALLER À 149	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		1 2 3 ALLER À 146	<input type="text"/>	1 2 ALLER À 147	<input type="text"/>	1 2 ALLER À 149	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DISCIPLINE DE L'ENFANT

TABEAU 1: ENFANTS RÉSIDENTS AGES DE 2-14 ANS ELIGIBLES POUR LES QUESTIONS DE DISCIPLINE

ENREGISTRER CHAQUE ENFANT DE 2-14 ANS QUI RÉSIDE HABITUELLEMENT DANS LE MÉNAGE (COLONNE 5=1) DANS LE TABLEAU CI-DESSOUS DANS L'ORDRE SELON SON NUMERO DE LIGNE (Q.1) DU TABLEAU MÉNAGE. NE PAS INCLURE LES MEMBRES DU MENAGE QUI N'ONT PAS 2-14 ANS, NI LES ENFANTS DE 2-14 ANS QUI NE SONT PAS RÉSIDENTS. ENREGISTRER LE NUMERO DE LIGNE, LE NOM, LE SEXE, ET L'ÂGE DE CHAQUE ENFANT. PUIS ENREGISTRER LE NOMBRE TOTAL DES ENFANTS A Q.156.

151 N° DE RANG	152 NUMÉRO DE LIGNE DE	153 NOM DE Q.1	154 SEXE DE Q.4		155 ÂGE DE Q.7
01	<input type="text"/>		M 1	F 2	<input type="text"/>
02	<input type="text"/>		M 1	F 2	<input type="text"/>
03	<input type="text"/>		M 1	F 2	<input type="text"/>
04	<input type="text"/>		M 1	F 2	<input type="text"/>
05	<input type="text"/>		M 1	F 2	<input type="text"/>
06	<input type="text"/>		M 1	F 2	<input type="text"/>
07	<input type="text"/>		M 1	F 2	<input type="text"/>
08	<input type="text"/>		M 1	F 2	<input type="text"/>
156	TOTAL ENFANTS ÂGÉS DE 2-14 ANS				<input type="text"/>

157 VÉRIFIER Q.156 AU TABLEAU 1: NOMBRE D'ENFANTS DE 2 A 14 ANS (COL. 7) QUI RÉSIDENT HABITUELLEMENT DANS LE MÉNAGE (COL. 5=1):



TABEAU 2: SELECTION ALEATOIRE POUR LES QUESTIONS DE DISCIPLINE DE L'ENFANT

UTILISER CE TABLEAU POUR SÉLECTIONNER UN DES ENFANTS AGES DE 2-14, S'IL Y EN A PLUSIEURS DANS LE MENAGE

- Prenez le dernier chiffre du numéro de la structure inscrit sur la page de couverture du questionnaire.
- Ce chiffre est celui de la ligne à sélectionner.
- Vérifier le nombre total d'enfants éligibles à Q.156
- Ce nombre est celui de la colonne à sélectionner.
- Trouver la case qui correspond à l'intersection de la ligne et de la colonne identifiées et encercler ce chiffre.
- Ce chiffre correspond à l'enfant qui sera sélectionné pour la discipline des enfants (le 1er, 2nd, 3ème, etc.)

Exemple:

Le numéro de structure du ménage est 136: sélectionner la ligne 6.

Il y a 3 enfants éligibles dans ce ménage, sélectionner la colonne 3.

La case à l'intersection de la ligne 6 et de la colonne 3 est 2: l'enfant listé au RANG 2 dans le tableau ci-dessus sera sélectionné.

Si le numéro de ligne des 3 enfants éligibles est: '02', '04' et '07', l'enfant sélectionné est l'enfant de RANG 2, soit celui de numéro de ligne '04' dans le tableau ménage. .

158 DERNIER CHIFFRE DU NUMÉRO DE STRUCTURE	NOMBRE TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES DANS LE MÉNAGE							
	1	2	3	4	5	6	7	8+
0	1	2	2	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1
6	1	2	2	2	4	6	4	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À		
159	ENREGISTRER LE NOM DE L'ENFANT SÉLECTIONNÉ ET SON NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE (1) DU TABLEAU	NOM DE L'ENFANT _____ NUMÉRO DE LIGNE DE L'ENFANT <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			
160	Les adultes utilisent certains moyens pour enseigner à leurs enfants la façon de se comporter ou de se conduire correctement. Je vais vous lire diverses méthodes qui sont utilisées et je voudrais que vous me disiez si vous ou quelqu'un d'autre de votre ménage les a utilisées avec (NOM DE L'ENFANT DE Q.159) le mois passé. Au cours du mois passé, vous ou quelqu'un d'autre de votre ménage avez-vous rétiré des privilèges à (NOM DE L'ENFANT DE Q.159), ou lui a-t-on interdit quelque chose qu'il/elle aime, ou lui a-t-on interdit de quitter la maison?	OUI 1 NON 2			
161	A-t-on expliqué à (NOM DE L'ENFANT à Q159) pourquoi sa conduite était mauvaise ?	OUI 1 NON 2			
162	Au cours du mois passé, vous ou quelqu'un d'autre de votre ménage a-t-il secoué (NOM DE L'ENFANT DE Q.159) ?	OUI 1 NON 2			
163	Au cours du mois passé, vous ou quelqu'un d'autre de votre ménage a-t-il hurlé ou crié sur (NOM DE L'ENFANT DE Q.159) ?	OUI 1 NON 2			
164	Au cours du mois passé, vous ou quelqu'un d'autre de votre ménage a-t-il donné à (NOM DE L'ENFANT DE Q.159) quelque chose d'autre à faire pour le distraire ou l'amener à se concentrer sur autre chose ?	OUI 1 NON 2			
165	Au cours du mois passé, vous ou quelqu'un d'autre de votre ménage a-t-il privé (NOM DE L'ENFANT DE Q.159) de repas pour le punir ?	OUI 1 NON 2			
166	Au cours du mois passé, vous ou quelqu'un d'autre de votre ménage a-t-il tiré les oreilles de (NOM DE L'ENFANT DE Q.159) ?	OUI 1 NON 2			
167	Au cours du mois passé, vous ou quelqu'un d'autre de votre ménage a-t-il demandé à (NOM DE L'ENFANT DE Q.159) de se mettre à genoux ?	OUI 1 NON 2			
168	Au cours du mois passé, vous ou quelqu'un d'autre de votre ménage a-t-il frappé ou tapé (NOM DE L'ENFANT DE Q.159) sur les fesses avec les mains?	OUI 1 NON 2			
169	Au cours du mois passé, vous ou quelqu'un d'autre de votre ménage a-t-il frappé (NOM DE L'ENFANT DE Q.159) sur les fesses ou ailleurs sur le corps avec quelque chose comme une ceinture, un fouet, un bâton ou un autre objet dur?	OUI 1 NON 2			
170	Au cours du mois passé, vous ou quelqu'un d'autre de votre ménage a-t-il traité (NOM DE L'ENFANT DE Q.159) d'idiot, de paresseux, de laid ou de quelque chose d'autre de ce genre?	OUI 1 NON 2			
171	Au cours du mois passé, vous ou quelqu'un d'autre de votre ménage a-t-il gifflé ou frappé (NOM DE L'ENFANT DE Q.159) sur le visage, sur la tête ou les oreilles ?	OUI 1 NON 2			
172	Au cours du mois passé, vous ou quelqu'un d'autre de votre ménage a-t-il frappé (NOM DE L'ENFANT DE Q.159) sur les mains, les bras ou les jambes ?	OUI 1 NON 2			
173	Au cours du mois passé, vous ou quelqu'un d'autre de votre ménage a-t-il battu (NOM DE L'ENFANT DE Q.159) c'est-à-dire l'avez-vous frappé encore et encore, aussi fort que possible?	OUI 1 NON 2			
174	Pensez-vous que pour élever ou éduquer un enfant correctement, l'enfant a besoin d'être puni physiquement?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8			

CONSEQUENCES DU TREMBLEMENT DE TERRE

175	VÉRIFIEZ LA COUVERTURE: CAMP OUI (1) OU NON (2) CAMP: NON (2) <input type="checkbox"/> CAMP: OUI (1) <input type="checkbox"/> → ALLEZ A 177B		
176	Est-ce qu'au moment du tremblement de terre vous viviez dans le logement actuel?	OUI 1 NON 2	
177	VÉRIFIER 176: A) OUI, MEME LOGEMENT <input type="checkbox"/> B) NON, AUTRE LOGEMENT <input type="checkbox"/> Est ce que votre logement a subi des dommages au moment du tremblement de terre? Est ce que le logement dans lequel vous viviez au moment du tremblement de terre a subi des dommages au moment du tremblement de terre?	OUI 1 NON 2	→ 182
178	Est-ce qu'une équipe d'experts a évalué les dommages subis par votre logement?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 181
179	Comment votre logement a-t-il été classé, rouge, jaune ou vert?	ROUGE 1 JAUNE 2 VERT 3 N'A PAS MIS DE COULEUR 4 NE SAIT PAS 8	→ 181 → 181
180	Est ce que des réparations ont déjà été faites ou sont en cours?	DÉJÀ FAITES 1 EN COURS 2 NON 3 NE SAIT PAS 8	→ 182
181	Est ce que votre logement a été complètement détruit au moment du tremblement de terre ou a été démoli après ?	OUI 1 NON 2	
182	Est-ce que n'importe quelle personne qui vivait dans le même logement que vous au moment du tremblement de terre, a été tuée au moment du tremblement de terre ou, plus tard, à la suite de ses blessures?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 187
183	Combien des personnes ont été tuées au moment du tremblement de terre ou, plus tard, à la suite de leurs blessures?	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
POUR TOUTES LES PERSONNES TUÉES, DEMANDEZ LES INFORMATIONS SUIVANTES. SI PLUS DE 7 PERSONNES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE			
184 Quel est le nom de la (1ère/ suivante) personne qui a été tuée?	185 Quel âge avait (NOM) ? ENREGISTREZ L'ÂGE EN ANNÉES. SI MOINS D'UN AN, ENREGISTREZ '00' SI MOINS 96 ou + ENREGISTREZ '95	186 Quel était le sexe de (NOM)?	
1) NOM	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	MASCULIN 1 FEMININ 2	
2) NOM	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	MASCULIN 1 FEMININ 2	
3) NOM	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	MASCULIN 1 FEMININ 2	
4) NOM	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	MASCULIN 1 FEMININ 2	
5) NOM	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	MASCULIN 1 FEMININ 2	
6) NOM	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	MASCULIN 1 FEMININ 2	
7) NOM	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	MASCULIN 1 FEMININ 2	

187	Parmi les personnes qui vivent actuellement dans ce m'enage, y-a-t-il une ou plusieurs personnes qui avaient été blessées au moment du tremblement de terre ?	OUI 1 NON 2	→ 193		
188	Combien des personnes avaient été blessées?	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>			
POUR TOUTES LES PERSONNES BLESSÉES, DEMANDEZ LES INFORMATIONS SUIVANTES. SI PLUS D'UNE PERSONNE, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE					
189	190	191	192		
Quel est le nom de la (1ère/suivante..) personne qui a été blessée ?	Est-ce que (NOM) a gardé des séquelles de ses blessures?	Quelles sortes de séquelles (NOM) a gardé ?	Est-ce que (NOM) bénéficie actuellement d'un support médical, paramédical ou psychologique pour sa/ses séquelles ?		
INSCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE 1) NOM NUMERO DE LIGNE <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15px;"></td> <td style="width: 15px;"></td> </tr> </table>			OUI 1 NON 2 ALLER LIGNE SUIVANTE <div style="text-align: right;"> </div>	AMPUTATION A PARALYSIE B PERTE DE VUE C PERTE DE L'OUIE D PERTE DE PAROLE E TROUBLE MENTAL F AUTRE HANDICAP X _____ (PRÉCISER)	OUI 1 NON 2
2) NOM NUMERO DE LIGNE <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15px;"></td> <td style="width: 15px;"></td> </tr> </table>			OUI 1 NON 2 ALLER LIGNE SUIVANTE <div style="text-align: right;"> </div>	AMPUTATION A PARALYSIE B PERTE DE VUE C PERTE DE L'OUIE D PERTE DE PAROLE E TROUBLE MENTAL F AUTRE HANDICAP X _____ (PRÉCISER)	OUI 1 NON 2
3) NOM NUMERO DE LIGNE <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15px;"></td> <td style="width: 15px;"></td> </tr> </table>			OUI 1 NON 2 ALLER LIGNE SUIVANTE <div style="text-align: right;"> </div>	AMPUTATION A PARALYSIE B PERTE DE VUE C PERTE DE L'OUIE D PERTE DE PAROLE E TROUBLE MENTAL F AUTRE HANDICAP X _____ (PRÉCISER)	OUI 1 NON 2
4) NOM NUMERO DE LIGNE <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15px;"></td> <td style="width: 15px;"></td> </tr> </table>			OUI 1 NON 2 ALLER LIGNE SUIVANTE <div style="text-align: right;"> </div>	AMPUTATION A PARALYSIE B PERTE DE VUE C PERTE DE L'OUIE D PERTE DE PAROLE E TROUBLE MENTAL F AUTRE HANDICAP X _____ (PRÉCISER)	OUI 1 NON 2

<p>5) NOM</p> <p>NUMERO DE LIGNE <input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>ALLER LIGNE SUIVANTE</p>	<p>AMPUTATION A PARALYSIE B PERTE DE VUE C PERTE DE L'OUIE D PERTE DE PAROLE E TROUBLE MENTAL F AUTRE HANDICAP X</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>
<p>6) NOM</p> <p>NUMERO DE LIGNE <input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>ALLER LIGNE SUIVANTE</p>	<p>AMPUTATION A PARALYSIE B PERTE DE VUE C PERTE DE L'OUIE D PERTE DE PAROLE E TROUBLE MENTAL F AUTRE HANDICAP X</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>
<p>7) NOM</p> <p>NUMERO DE LIGNE <input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>ALLER LIGNE SUIVANTE</p>	<p>AMPUTATION A PARALYSIE B PERTE DE VUE C PERTE DE L'OUIE D PERTE DE PAROLE E TROUBLE MENTAL F AUTRE HANDICAP X</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>

FAIM et CHOLERA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À	
193	Au cours des quatre dernières semaines, est-ce qu'il est arrivé qu'il n'y ait pas du tout de nourriture dans votre ménage? SI OUI, INSISTER: Est-ce que cela est arrivée souvent ou parfois?	SOUVENT 1 PARFOIS 2 NON 3		
194	Au cours des quatre dernières semaines, est-ce qu'il est arrivé qu'un ou plusieurs membres de votre ménage aillent se coucher en ayant faim? SI OUI, INSISTER: Est-ce que cela est arrivée souvent ou parfois?	SOUVENT 1 PARFOIS 2 NON 3		
195	Au cours des quatre dernières semaines, est-ce qu'il est arrivé qu'un ou plusieurs membres de votre ménage passent toute une journée et une nuit sans manger? SI OUI, INSISTER: Est-ce que cela est arrivée souvent ou parfois?	SOUVENT 1 PARFOIS 2 NON 3		
196	Est-ce que depuis Octobre 2010, un ou plusieurs membres de votre ménage sont décédés du choléra?	OUI 1 NON 2	→ 198	
197	Combien de membres de votre ménage sont décédés du choléra depuis Octobre 2010 ?	NOMBRE <input type="text"/>		
POUR TOUTES LES PERSONNES DÉCÉDÉES, POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES. SI PLUS DE 3 DECES, UTILISEZ UN				
197A	197B	197C	197D	197E
Quel est le nom de la (1ère/suivante.) personne qui est décédée ?	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé?	Est-ce que (NOM) a été en consultation auprès d'un pretataire de santé quand il/elle avait le choléra?	Est-ce que (NOM) a été hospitalisé(e) quand il/elle avait le choléra?	Est-ce que le décès de (NOM) a eu lieu à l'hôpital/CTC/Centre de sante?
1) NOM	<input type="text"/>	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2 PASSER ← LIGNE SUIVANTE	OUI 1 NON 2
2) NOM	<input type="text"/>	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2 PASSER ← LIGNE SUIVANTE	OUI 1 NON 2
3) NOM	<input type="text"/>	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2 PASSER ← LIGNE SUIVANTE	OUI 1 NON 2
198	Est-ce que depuis Octobre 2010, un ou plusieurs membres de votre ménage ont été atteints du choléra, mais ne sont pas décédés?	OUI 1 NON 2	→ 199	
198A	Combien de membres de votre ménage ont été atteints du choléra depuis Octobre 2010 mais ne sont pas décédés?	NOMBRE <input type="text"/>		
POUR TOUTES LES PERSONNES ATTEINTES, POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES. SI PLUS DE 3 PERSONNES , UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE				
198B		198C	198D	
Quel est le nom de la (1ère/suivante.) personne qui a été atteinte? INSCRIRE LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE Q.1. SI LA PERSONNE N'EST PAS DANS LE MÉNAGE, INSCRIRE '00'		Est-ce que (NOM) a été en consultation auprès d'un pretataire de santé quand il/elle avait le	Est-ce que (NOM) a été hospitalisé(e) quand il/elle avait le choléra?	
1) NOM		<input type="text"/>	OUI 1 NON 2	
1) NOM		<input type="text"/>	OUI 1 NON 2	
1) NOM		<input type="text"/>	OUI 1 NON 2	
199	Est-ce que dans votre ménage vous avez un produit spécial appelé SRO ou Sel Lavi ou sérum oral que vous pouvez utiliser pour le traitement de la diarrhée ?	OUI 1 NON 2		

HEURE DE FIN

HEURE MINUTES

300. Tableau de sélection de la femme pour la violence sexuelle

UNE SEULE FEMME SERA ENQUÊTÉE PAR MENAGE POUR CETTE SECTION : LE TABLEAU CI-APRÈS VOUS PERMET DE SÉLECTIONNER AU HASARD CETTE FEMME DANS LE MÉNAGE

1- IL N'Y A QU'UNE SEULE FEMME ÉLIGIBLE DANS LE MÉNAGE

Cette femme sera sélectionnée pour la section "Violence domestique" du questionnaire femme.

2- IL Y A PLUS D'UNE FEMME ÉLIGIBLE DANS LE MÉNAGE

- a) Prenez le dernier chiffre du numéro de la structure inscrit sur la page de couverture du questionnaire.
- b) Ce chiffre est celui de la ligne à sélectionner.
- c) Vérifier le nombre total de femmes éligibles à la Colonne 9 du Tableau de Ménage.
- d) Ce nombre est celui de la colonne à sélectionner.
- e) Trouver la case qui correspond à l'intersection de la ligne et de la colonne identifiées et encercler ce chiffre.
- f) Ce chiffre correspond à la femme qui sera sélectionnée pour la "Violence domestique": la 1^{ère}, 2^e, 3^e femme, etc.
- g) À la Colonne 9 du tableau ménage, encercler le numéro de ligne de cette femme.

Exemple:

Le numéro de structure du ménage est 136: sélectionner la ligne 6.

Il y a 3 femmes éligibles dans ce ménage, (numéro de ligne: '02', '04' et '07'), sélectionner la colonne 3.

La case à l'intersection de la ligne 6 et de la colonne 3 est 2: la 2^e femme éligible listée dans le tableau ménage sera sélectionnée.

Si le numéro de ligne des 3 femmes éligibles est: '02', '04' et '07', la femme sélectionnée est la 2^e femme listée, soit celle du numéro de ligne '04'.

Dernier chiffre du numéro de structure	Nombre total de femmes éligibles dans le ménage									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+
0	1	2	2	3	5	5	3	6	8	9
1	1	1	3	4	1	6	4	7	9	10
2	1	2	1	1	2	1	5	8	1	1
3	1	1	2	2	3	2	6	1	2	2
4	1	2	3	3	4	3	7	2	3	3
5	1	1	1	4	5	4	1	3	4	4
6	1	2	2	1	1	5	2	4	5	5
7	1	1	3	2	2	6	3	5	6	6
8	1	2	1	3	3	1	4	6	7	7
9	1	1	2	4	4	2	5	7	8	8

NOM DE LA FEMME SÉLECTIONNÉE: _____

NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME

SÉLECTIONNÉE DANS LE TABLEAU DE MÉNAGE:

.....

--	--

POIDS, TAILLE ET NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS DE 0-5 ANS

201	VÉRIFIEZ LA COUVERTURE: MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR ENQUÊTE HOMME, ANTHROPOMÉTRIE, TESTS D'ANÉMIE ET DU VIH? <p align="center">OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → AUCUNE MESURE NI TEST</p>			
201A	VÉRIFIEZ LA COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0- 5 ANS À Q.202. S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES. <p align="center">AU MOINS 1 ENFANT DE 0 - 5 ANS <input type="checkbox"/> AUCUN ENF. 0-5 ANS <input type="checkbox"/> → ALLEZ À 214</p>			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
202	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 NOM DE LA COLONNE 2	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM
203	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE, COPIER LE MOIS ET L'ANNÉE DE NAISSANCE À PARTIR DU TABLEAU DES NAISSANCES ET DEMANDER LE JOUR ; SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDER: Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> AN <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> AN <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> AN <input type="text"/> <input type="text"/>
204	VÉRIFIEZ 203: ENFANT NÉ EN JANVIER 2007 OU PLUS TARD ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 214)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 214)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 214)
205	POIDS EN KILOGRAMMES	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996
206	TAILLE EN IN CENTIMÈTRES SI MOINS DE 2 ANS, MESURER L'ENFANT COUCHÉ, SINON DEBOUT	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996
207	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3
208	VÉRIFIEZ 203: EST-CE QUE L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ AU COURS DU MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT ALLEZ À 214) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT ALLEZ À 214) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT ALLEZ À 214) PLUS ÂGÉ 2
209	N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE). INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ.	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>

		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
210	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE</p> <p>IDENTIFIÉ À 209 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.</p>	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2007 ou plus tard participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?</p> <p>Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision.</p> <p>Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?</p>		
211	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE.	ACCORDÉE 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUSÉE 2	ACCORDÉE 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUSÉE 2	ACCORDÉE 1 _____ ← (SIGNATURE) REFUSÉE 2
212	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT994 REFUS995 AUTRE996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT994 REFUS995 AUTRE996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT994 REFUS995 AUTRE996
213	RETOURNEZ À Q.203 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIERE COLONNE DE LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 214.			

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
202	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 NOM DE LA COLONNE 2	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
203	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE, COPIER LE MOIS ET ANNÉE DE NAISSANCE À PARTIR DU TABLEAU DES NAISSANCES ET DEMANDER LE JOUR ; SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDER: Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> AN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> AN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> AN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
204	VÉRIFIEZ 203: ENFANT NÉ EN JANVIER 2007 OU PLUS TARD ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ← ALLEZ À 214)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ← ALLEZ À 214)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 À LA PRE- MIÈRE COL DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU, ← SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 214)
205	POIDS EN KILOGRAMMES	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996
206	TAILLE EN CENTIMÈTRES SI MOINS DE 2 ANS, MESURER L'ENFANT COUCHÉ, SINON DEBOUT	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996
207	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3
208	VÉRIFIEZ 203: EST-CE QUE L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ AU COURS DU MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS ?	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 214) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 214) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 À LA PRE- MIÈRE COL DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU, SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 214) PLUS ÂGÉ 2
209	N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE). INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ.	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ←	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ←	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ←

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6									
210	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/ AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 209 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2007 ou plus tard participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?</p>											
211	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE.	ACCORDÉE 1 _____ (SIGNATURE) REFUSÉE 2	ACCORDÉE 1 _____ (SIGNATURE) REFUSÉE 2	ACCORDÉE 1 _____ (SIGNATURE) REFUSÉE 2									
212	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE.	G/DL <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996				G/DL <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996				G/DL <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996			
213	RETOURNEZ À Q.203 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIERE COLONNE D'UN/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRES; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 214.												

POIDS, TAILLE, NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DU VIH POUR LES FEMMES DE 15-49 ANS

214	VÉRIFIER LA COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE. ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES À LA QUESTION 215. (S'IL Y A PLUS DE 3 FEMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).	AU MOINS 1 FEMME DE 15 -49 ANS <input type="checkbox"/> AUCUNE FEMME 15-49 ANS <input type="checkbox"/> → ALLEZ À 243		
		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
215	N° DE LIGNE DE LA COLONNE 9 NOM DE LA COLONNE 2	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
216	POIDS EN KILOGRAMMES	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996
217	TAILLE EN CENTIMÈTRES	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996
218	ÂGE: VÉRIFIEZ COLONNE 7.	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2 (ALLEZ À 223) ←	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2 (ALLEZ À 223) ←	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2 (ALLEZ À 223) ←
219	ÉTAT MATRIMONIAL : VÉRIFIEZ COLONNE 8.	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 223) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 223) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 223) ←
220	INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ADOLESCENTE. INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ.	N° DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/>
221	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À Q.220 COMME RESPONSABLE POUR LES FEMMES DE 15-17 ANS QUI N'ONT JAMAIS ÉTÉ EN UNION.	Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués, à vous et à (NOM DE L'ADOLESCENTE), tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête. Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test de (NOM DE L'ADOLESCENTE). C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ADOLESCENTE) à participer au test d'anémie ?		
222	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ACCORDÉE 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE 2 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ABSENT 3 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS OU ABSENT, ALLEZ À 228)	ACCORDÉE 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE 2 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ABSENT 3 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS OU ABSENT, ALLEZ À 228)	ACCORDÉE 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE 2 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ABSENT 3 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS OU ABSENT, ALLEZ À 228)

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____
223	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE POUR LE TEST D'ANÉMIE	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test. C'est votre décision. Êtes-vous d'accord pour participer au test d'anémie ?</p>		
224	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ENQUÊTÉE ACCEPTE 1 ENQUÊTÉE REFUSE 2 ENQUÊTÉE ABSENTE 3 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS OU ABSENT, ALLEZ À 226)	ENQUÊTÉE ACCEPTE 1 ENQUÊTÉE REFUSE 2 ENQUÊTÉE ABSENTE 3 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS OU ABSENT, ALLEZ À 226)	ENQUÊTÉE ACCEPTE 1 ENQUÊTÉE REFUSE 2 ENQUÊTÉE ABSENTE 3 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS OU ABSENT, ALLEZ À 226)
225	GROSSESSE : VÉRIFIEZ À 226 DANS QUESTIONNAIRE FEMME OU DEMANDEZ: Êtes-vous enceinte ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
226	ÂGE: VÉRIFIEZ COLONNE 7.	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2 (ALLEZ À 230) ←	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2 (ALLEZ À 230) ←	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2 (ALLEZ À 230) ←
227	ÉTAT MATRIMONIAL : VÉRIFIEZ COLONNE 8.	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 230) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 230) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 230) ←
228	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE DE DBS AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 220 COMME RESPONSABLE POUR LES FEMMES DE 15-17 ANS QUI N'ONT JAMAIS ÉTÉ EN UNION.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le sida est une maladie grave. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour connaître l'importance du problème du sida en Haïti.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrons donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître les résultats de (NOM DE L'ADOLESCENTE). Si (NOM DE L'ADOLESCENTE) voulait savoir si elle a ou non le VIH, je peux lui fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je lui donnerai également un coupon pour bénéficier de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ADOLESCENTE) à participer au test du VIH ?</p>		
229	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ACCORDÉE 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE 2 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ABSENT 3 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS OU ABSENT, ALLEZ À 239)	ACCORDÉE 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE 2 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ABSENT 3 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS OU ABSENT, ALLEZ À 239)	ACCORDÉE 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE 2 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ABSENT 3 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS OU ABSENT, ALLEZ À 239)

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____
		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____
230	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT À L'ENQUÊTÉE POUR LA COLLECTE DE DBS.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le sida est une maladie grave. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour connaître l'importance du problème du sida en Haïti.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître les résultats. Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH, je peux vous fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai également un coupon pour bénéficier, vous (et votre partenaire si vous le souhaitez), de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test. C'est votre décision. Êtes-vous d'accord pour participer au test du VIH ?</p>		
231	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, APPOSEZ VOTRE SIGNATURE ET INSCRIVEZ VOTRE CODE D'ENQUÊTEUR.	ENQUÊTÉE ACCEPTE 1 ENQUÊTÉE REFUSE 2 ENQUÊTÉE ABSENTE 3 _____ (SIGNATURE) ← [][] (SI REFUS OU ABSENTE, ALLEZ À 239)	ENQUÊTÉE ACCEPTE 1 ENQUÊTÉE REFUSE 2 ENQUÊTÉE ABSENTE 3 _____ (SIGNATURE) ← [][] (SI REFUS OU ABSENTE, ALLEZ À 239)	ENQUÊTÉE ACCEPTE 1 ENQUÊTÉE REFUSE 2 ENQUÊTÉE ABSENTE 3 _____ (SIGNATURE) ← [][] (SI REFUS OU ABSENTE, ALLEZ À 239)
232	ÂGE: VÉRIFIEZ COLONNE 7.	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2 (ALLEZ À 236) ←	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2 (ALLEZ À 236) ←	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2 (ALLEZ À 236) ←
233	ÉTAT MATRIMONIAL: VÉRIFIEZ COLONNE 8.	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 236) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 236) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 236) ←
234	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 220 COMME RESPONSABLE POUR LES FEMMES DE 15-17 ANS JAMAIS EN UNION.	<p>Nous vous demandons d'autoriser le Ministère de la Santé à conserver au laboratoire national une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre d'identifier (NOM DE L'ADOLESCENTE). Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, (NOM DE L'ADOLESCENTE) peut quand même participer au test du VIH dans le cadre de cette enquête. Est-ce que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des recherches ou tests supplémentaires ?</p>		
235	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE	ACCORDÉE 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE 2 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ABSENT 3 _____ (SIGNATURE) ← (SI REFUS OU ABSENT, ALLEZ À 238)	ACCORDÉE 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE 2 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ABSENT 3 _____ (SIGNATURE) ← (SI REFUS OU ABSENT, ALLEZ À 238)	ACCORDÉE 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE 2 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ABSENT 3 _____ (SIGNATURE) ← (SI REFUS OU ABSENT, ALLEZ À 238)
236	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT À L'ENQUÊTÉE POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES.	<p>Nous vous demandons d'autoriser le Ministère de la Santé à conserver au laboratoire national une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels tests pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre de vous identifier. Vous n'êtes pas obligée d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, vous pouvez quand même participer au test du VIH dans le cadre de cette enquête. Est-ce que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des recherches ou tests supplémentaires ?</p>		

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____
		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
237	NOM DE LA COLONNE 2 ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	NOM _____ ENQUÊTÉE ACCEPTE 1 ENQUÊTÉE REFUSE 2 ENQUÊTÉE ABSENTE 3 _____ (SIGNATURE) (SI ACCEPTE, ALLEZ À 239)	NOM _____ ENQUÊTÉE ACCEPTE 1 ENQUÊTÉE REFUSE 2 ENQUÊTÉE ABSENTE 3 _____ (SIGNATURE) (SI ACCEPTE, ALLEZ À 239)	NOM _____ ENQUÊTÉE ACCEPTE 1 ENQUÊTÉE REFUSE 2 ENQUÊTÉE ABSENTE 3 _____ (SIGNATURE) (SI ACCEPTE, ALLEZ À 239)
238	TESTS SUPPLÉMENTAIRES	VÉRIFIEZ 235 ET 237 : SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ DONNÉ, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.	VÉRIFIEZ 235 ET 237 : SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ DONNÉ, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.	VÉRIFIEZ 235 ET 237 : SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ DONNÉ, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.
239	PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TEST(S) POUR LEQUELS/LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TEST(S).			
240	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996
241	ÉTIQUETTE CODE BARRE	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</div> ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2 ^e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3 ^e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</div> ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2 ^e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3 ^e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</div> ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2 ^e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3 ^e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.
242	RETOURNEZ À 216 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU AUX PREMIÈRES COLONNES DU/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRES; S'IL N'Y A PLUS DE FEMMES, ALLEZ À 243.			

NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DU VIH POUR LES HOMMES DE 15-59 ANS

243	VÉRIFIER LA COLONNE 10 DU TABLEAU MÉNAGE. ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES HOMMES ÉLIGIBLES À Q.244. S'IL Y A PLUS DE TROIS HOMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S). AU MOINS 1 HOMME DE 15 -59 ANS <input type="checkbox"/> AUCUN HOMME 15-59 ANS <input type="checkbox"/> → FIN QUESTIONNAIRE			
		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
244	N° DE LIGNE DE COLONNE 10 NOM DE LA COLONNE 2	N° LIGNE <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE <input type="text"/> NOM _____
247	ÂGE: VÉRIFIEZ COLONNE 7.	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2 (ALLEZ À 252) ←	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2 (ALLEZ À 252) ←	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2 (ALLEZ À 252) ←
248	ÉTAT MATRIMONIAL : VÉRIFIEZ COLONNE 8.	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 252) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 252) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 252) ←
249	INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ADOLESCENT. INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ.	N° DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/>	N° DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/>	N° DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/>
250	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À Q.249 COMME RESPONSABLE POUR LES HOMMES DE 15-17 ANS QUI N'ONT JAMAIS ÉTÉ EN UNION.	Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués, à vous et à (NOM DE L'ADOLESCENT), tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test de (NOM DE L'ADOLESCENT). C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ADOLESCENT) à participer au test d'anémie ?		
251	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ACCORDÉE 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE 2 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ABSENT 3 (SIGNATURE) (SI REFUS OU ABSENT, ALLEZ À 256)	ACCORDÉE 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE 2 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ABSENT 3 (SIGNATURE) (SI REFUS OU ABSENT, ALLEZ À 256)	ACCORDÉE 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE 2 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ABSENT 3 (SIGNATURE) (SI REFUS OU ABSENT, ALLEZ À 256)
252	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTE POUR LE TEST D'ANÉMIE.	Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête. Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test. C'est votre décision. Êtes-vous d'accord pour participer au test d'anémie ?		
253	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ENQUÊTE ACCEPTÉ 1 ENQUÊTE REFUSE 2 ENQUETE ABSENT 3 (SIGNATURE) (SI REFUS OU ABSENT, ALLEZ À 254)	ENQUÊTE ACCEPTÉ 1 ENQUÊTE REFUSE 2 ENQUETE ABSENT 3 (SIGNATURE) (SI REFUS OU ABSENT, ALLEZ À 254)	ENQUÊTE ACCEPTÉ 1 ENQUÊTE REFUSE 2 ENQUETE ABSENT 3 (SIGNATURE) (SI REFUS OU ABSENT, ALLEZ À 254)

		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____
254	ÂGE: VÉRIFIEZ COLONNE 7.	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2 (ALLEZ À 258) ←	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2 (ALLEZ À 258) ←	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2 (ALLEZ À 258) ←
255	ÉTAT MATRIMONIAL: VÉRIFIEZ COLONNE 8.	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 258) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 258) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 258) ←
256	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE DE DBS AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 249 COMME RESPONSABLE POUR LES HOMMES DE 15-17 ANS QUI N'ONT JAMAIS ÉTÉ EN UNION.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le sida est une maladie grave. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour connaître l'importance du problème du sida au Gabon.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrons donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître les résultats de (NOM DE L'ADOLESCENT). Si (NOM DE L'ADOLESCENT) voulait savoir s'il a ou non le VIH, je peux lui fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je lui donnerai également un coupon pour bénéficier de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test de (NOM DE L'ADOLESCENT). C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ADOLESCENT) à participer au test du VIH ?</p>		
257	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ACCORDÉE 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE 2 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ABSENT 3 _____ (SIGNATURE) ← (SI REFUS OU ABSENT, ALLEZ À 267)	ACCORDÉE 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE 2 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ABSENT 3 _____ (SIGNATURE) ← (SI REFUS OU ABSENT, ALLEZ À 267)	ACCORDÉE 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE 2 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ABSENT 3 _____ (SIGNATURE) ← (SI REFUS OU ABSENT, ALLEZ À 267)
258	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT À L'ENQUÊTE POUR LA COLLECTE DE DBS.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le sida est une maladie grave. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour connaître l'importance du problème du sida au Gabon.</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrons donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître les résultats. Si vous voulez savoir si vous avez ou non le VIH, je peux vous fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai également un coupon pour bénéficier, vous (et votre partenaire si vous le souhaitez), de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test. C'est votre décision. Êtes-vous d'accord pour participer au test du VIH ?</p>		
259	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, APOSEZ VOTRE SIGNATURE ET INSCRIVEZ VOTRE CODE D'ENQUÊTEUR.	ENQUÊTÉ ACCEPTE 1 ENQUÊTÉ REFUSE 2 ENQUÊTE ABSENT 3 _____ (SIGNATURE) ← [][] SI REFUS OU ABSENT, ALLEZ À 267)	ENQUÊTÉ ACCEPTE 1 ENQUÊTÉ REFUSE 2 ENQUÊTE ABSENT 3 _____ (SIGNATURE) ← [][] (SI REFUS OU ABSENT, ALLEZ À 267)	ENQUÊTÉ ACCEPTE 1 ENQUÊTÉ REFUSE 2 ENQUÊTE ABSENT 3 _____ (SIGNATURE) ← [][] (SI REFUS OU ABSENT, ALLEZ À 267)
260	ÂGE: VÉRIFIEZ À 247	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2 (ALLEZ À 264) ←	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2 (ALLEZ À 264) ←	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2 (ALLEZ À 264) ←
261	ÉTAT MATRIMONIAL VÉRIFIEZ LA À 248	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 264) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 264) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 264) ←

		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
	NOM DE LA COLONNE 2	NOM _____	NOM _____	NOM _____
262	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 249 COMME RESPONSABLE POUR LES HOMMES 15-17 ANS JAMAIS EN UNION.	<p>Nous vous demandons d'autoriser le Ministère de la Santé à conserver au laboratoire national une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels test pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre d'identifier (NOM DE L'ADOLESCENT). Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, (NOM DE L'ADOLESCENT) peut quand même participer au test du VIH dans le cadre de cette enquête. Est-ce que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des recherches ou tests supplémentaires ?</p>		
263	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ACCORDÉE 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE 2 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ABSENT 3 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS OU ABSENT, ALLEZ À 266)	ACCORDÉE 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE 2 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ABSENT 3 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS OU ABSENT, ALLEZ À 266)	ACCORDÉE 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE 2 PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE ABSENT 3 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS OU ABSENT, ALLEZ À 266)
264	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT À L'ENQUÊTÉ POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES.	<p>Nous vous demandons d'autoriser le Ministère de la Santé à conserver au laboratoire national une partie des échantillons sanguins pour des tests ou recherches supplémentaires. Nous ne savons pas exactement quels test pourront être effectués.</p> <p>L'échantillon de sang ne sera lié à aucun nom ni à aucune autre donnée qui pourrait permettre de vous identifier. Vous n'êtes pas obligé d'accepter. Si vous ne voulez pas qu'un échantillon de sang soit conservé pour une utilisation future, vous pouvez quand même participer au test du VIH dans le cadre de cette enquête. Est-ce que vous nous donnez l'autorisation de conserver un échantillon de sang pour des recherches ou tests supplémentaires ?</p>		
265	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ENQUÊTÉ ACCEPTE 1 ENQUÊTE REFUSE 2 ENQUETE ABSENT 3 _____ (SIGNATURE) (SI ACCEPTE, ALLEZ À 267)	ENQUÊTÉ ACCEPTE 1 ENQUÊTÉ REFUSE 2 ENQUETE ABSENT 3 _____ (SIGNATURE) (SI ACCEPTE, ALLEZ À 267)	ENQUÊTÉ ACCEPTE 1 ENQUÊTÉ REFUSE 2 ENQUETE ABSENT 3 _____ (SIGNATURE) (SI ACCEPTE, ALLEZ À 267)
266	TESTS SUPPLÉMENTAIRES	VÉRIFIEZ 263 ET 265 : SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ DONNÉ, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.	VÉRIFIEZ 263 ET 265 : SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ DONNÉ, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.	VÉRIFIEZ 263 ET 265 : SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ DONNÉ, INSCRIVEZ "PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES" SUR LE PAPIER FILTRE.
267	PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TEST(S) POUR LEQUEL(S)/LESQUEL(S) LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TEST(S).			
268	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996
269	ÉTIQUETTE CODE BARRE	<div style="border: 2px dashed black; padding: 10px; text-align: center;"> COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI </div> ABSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2 ^e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3 ^e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 2px dashed black; padding: 10px; text-align: center;"> COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI </div> ABSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2 ^e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3 ^e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 2px dashed black; padding: 10px; text-align: center;"> COLLEZ LA 1^{re} ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI </div> ABSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2 ^e ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3 ^e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.
270	RETOURNEZ À 245 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU AUX PREMIÈRES COLONNES DU/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRES; S'IL N'Y A PLUS D'HOMMES, TERMINEZ LE QUESTIONNAIRE MENAGE			

ENQUETE MORTALITE, MORBIDITE ET UTILISATION DES SERVICES (EMMUS-V)

Haitian Creole

QUESTIONNAIRE FEMME

Haitian Creole

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ
PUBLIQUE ET DE LA POPULATION**

INSTITUT HAÏTIEN DE L'ENFANCE

IDENTIFICATION																																											
NOM DE LA LOCALITÉ _____	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">GRAPPE</td> <td style="width:50%; text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>MENAGE</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>DEPARTEMENT</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>URBAIN/RURAL</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>CAMP</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>RESIDENCE</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>NUMERO</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table> </td> </tr> </table>	GRAPPE	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>					MENAGE	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>					DEPARTEMENT	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>					URBAIN/RURAL	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>					CAMP	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>					RESIDENCE	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>					NUMERO	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>				
GRAPPE		<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>																																									
MENAGE		<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>																																									
DEPARTEMENT		<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>																																									
URBAIN/RURAL		<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>																																									
CAMP	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>																																										
RESIDENCE	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>																																										
NUMERO	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>																																										
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																																											
NUMÉRO DE GRAPPE																																											
NUMÉRO DU MÉNAGE																																											
DÉPARTEMENT																																											
MILIEU (URBAIN=1; RURAL=2)																																											
CAMP (OUI =1, NON =2)																																											
AIRE MÉTROPOLITAINE, CAP HAÏTEN, GONAÏVES, LES CAYES, AUTRES VILLES, RURAL Aire Métropolitaine = 1; Cap Haïtien = 2, Gonaïves = 3, Les Cayes = 4, Autres Villes =5, Rural = 6)																																											
NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME																																											

VERIFIEZ LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE (Q300): FEMME SÉLECTIONNÉE POUR LE MODULE DE VIOLENCE DOMESTIQUE: OUI = 1; NON = 2	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

VISITES D'ENQUÊTRICES																																		
	1	2	3	VISITE FINALE																														
DATE	_____	_____	_____	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">JOUR</td> <td style="width:50%; text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>MOIS</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>ANNÉE</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>CODE ENQU.</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>RÉSULTAT</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table> </td> </tr> </table>	JOUR	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>					MOIS	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>					ANNÉE	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>					CODE ENQU.	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>					RÉSULTAT	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>				
JOUR	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>																																	
MOIS	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>																																	
ANNÉE	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>																																	
CODE ENQU.	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>																																	
RÉSULTAT	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>																																	
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____																															
RÉSULTAT*	_____	_____	_____																															
PROCHAINE DATE VISITE:	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <input style="width: 30px;" type="text"/>																														
HEURE	_____	_____																																

*CODES RÉSULTAT:

1 REMPLI	4 REFUSÉ	9 AUTRE _____ (PRÉCISER)
2 PAS À LA MAISON	5 REMPLI PARTIELLEMENT	
3 DIFFÉRÉ	6 INCAPACITÉ	

CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLEUSE	CONTROLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____ <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; display: inline-table;"></table>	NOM _____ <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; display: inline-table;"></table>	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; display: inline-table;"></table>	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; display: inline-table;"></table>

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
101	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURE <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 102 ET/OU 103 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	Êtes-vous allée à l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 108
105	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 2 SUPÉRIEUR 3	
106	Quel est (l'année/classe) la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ? * SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '0'.	CLASSE/ANNÉE <input type="text"/>	
107	VÉRIFIEZ 105: PRIMAIRE <input type="checkbox"/> SECONDAIRE OR SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/>		→ 110

* CODES POUR Q. 106

NIVEAU	1=PRIMAIRE	2=SECONDAIRE	3=SUPÉRIEUR
CLASSE	0= 13 ^e /Enfantine 1/Enfantine 2 OU 12 ^e /CP1/1 ^{ère} an. NON ACHEVÉE 1= 12 ^e /CP1/1 ^{ère} année 2= 11 ^e /CP2/2 ^e année 3= 10 ^e /CE1/3 ^e année 4= 9 ^e /CE2/4 ^e année 5= 8 ^e /CM1/5 ^e année 6= 7 ^e /CM2/6 ^e année	0 =MOINS D'1 AN COMPLÉTÉ 1 = 6è 2 = 5è 3 = 4è 4 = 3è 5 = 2è 6 = Rétho 7 = Philo	0 =MOINS D'1 AN COMPLÉTÉ 1 = 1ère année 2 = 2è année 3 = 3è année 4 = 4è année ou plus

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
108	Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase. MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉE. SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ: Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT 1 PEUT SEULEMENT LIRE DES PARTIES DE LA PHRASE 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DE L'ENQUÊTÉE 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE 5	
109	VÉRIFIEZ 108: CODE '2', '3' <input type="checkbox"/> OU '4' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓ CODE '1' OU '5' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>		→ 111
110	Lisez-vous un journal ou un magazine pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR ... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 3 PAS DU TOUT 4	
111	Écoutez-vous la radio pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR ... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 3 PAS DU TOUT 4	
112	Regardez-vous la télévision pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR ... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 3 PAS DU TOUT 4	
113	Quelle est votre religion?	CATHOLIQUE 1 PROTESTANT/MÉTHODISTE/ ADVENTISTE/TÉMOIN DE JÉHOVA 2 VAUDOUSANT 3 PAS DE RELIGION 4 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	
114	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous dormi ailleurs que chez vous pour une ou plusieurs nuits ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 116
115	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été absent de chez vous pendant plus d'un mois d'affilée ?	OUI 1 NON 2	
116	VÉRIFIEZ COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE: CAMP: NON <input type="checkbox"/> CAMP: OUI <input type="checkbox"/>		→ 201
117	Depuis le tremblement de terre avez-vous vécu à n'importe quel moment dans un camp d'hébergement ?	OUI 1 NON 2	

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À								
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà donné naissance à des enfants ?	OUI 1 NON 2	→ 206								
202	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 204								
203	Combien de fils vivent avec vous ? Et combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	FILS À 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> FILLES À 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 des fils ou filles à qui vous avez donné naissance qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 206								
205	Combien de fils sont vivants mais qui ne vivent pas avec vous ? Combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	FILS AILLEURS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 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 déjà donné naissance à un garçon ou à une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON INSISTEZ : Aucun bébé qui a crié ou montré un signe de vie mais qui n'a pas survécu ?	OUI 1 NON 2	→ 208								
207	Combien de garçons sont décédés ? Combien de filles sont décédés ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES DÉCÉDÉES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUNE, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL DES NAISSANCES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIEZ 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"/> → INSISTEZ ET CORRIGEZ 201 À 208 COMME IL SE DOIT										
210	VÉRIFIEZ 208: UNE NAISSANCE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> →		→ 226								

211 Je voudrais maintenant faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la 1^{re}.
 INSCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. INSCRIVEZ LES JUMEAUX/TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.
 (S'IL Y A PLUS DE 12 NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE, EN COMMENÇANT À LA SECONDE LIGNE).

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier enfant/ enfant suivant) ? INSCRIVEZ LE NOM. N° DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	(NOM) est-il un garçon ou une fille ?	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?	En quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né ? INSISTEZ : Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. (INSCRIVEZ 00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE).	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé ? SI '1 AN', INSISTEZ : Combien de mois avait (NOM) ? INSCRIVEZ EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANNÉES.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?
01	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	
02	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
03	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
04	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
05	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
06	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
07	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre enfant suivant ? INSCRIVEZ LE NOM. N° DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	(NOM) est-il un garçon ou une fille ?	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?	En quel mois et quelle année est né (NOM) ? INSISTEZ : Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	SI EN VIE : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	SI EN VIE : (NOM) vit-il/elle avec vous ?	SI EN VIE : INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. (INSCRIVEZ 00° SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE).	SI DÉCÉDÉ : Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé ? SI '1 AN', INSISTEZ : Combien de mois avait (NOM) ? INSCRIVEZ EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANNÉES.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?
08	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
09	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
10	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
11	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
12	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ? SI OUI, INSCRIVEZ LA/LES NAISSANCE DANS LE TABLEAU.					OUI 1 NON 2 -			
223	COMPAREZ 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHEZ : NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> → (INSISTEZ ET CORRIGEZ)								
224	VÉRIFIEZ 215 : INSCRIVEZ LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2007 OU PLUS TARD.					NOMBRE DE NAISSANCES <input type="text"/> AUCUNE 0			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
226	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	→ 230
227	Depuis combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Quand vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI 1 NON 2	→ 230
229	Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas/plus d'enfant ?	PLUS TARD 1 NE PAS/NE PLUS AVOIR D'ENFANT .. 2	
230	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI 1 NON 2	→ 253
231	Combien de grossesses de ce genre avez-vous eu au cours de votre vie ?	TOTAL DE GROSSESSES DE CE GENRE <input type="text"/> <input type="text"/>	
231A	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
232	VÉRIFIER 231 : UNE SEULE GROSSESSE <input type="checkbox"/> ↓ Est-ce que cette grossesse s'est terminée par un avortement provoqué, une fausse couche ou un mort-né ? PLUSIEURS GROSSESSES <input type="checkbox"/> ↓ Parmi ces grossesses, combien se sont terminées par un avortement provoqué, par une fausse couche et/ou par un mort né?	AVORTEMENT PROVOQUÉ <input type="text"/> <input type="text"/> FAUSSE COUCHE <input type="text"/> <input type="text"/> MORT-NÉ <input type="text"/> <input type="text"/>	
233	VÉRIFIEZ 232 : AU MOINS UN AVORTEMENT PROVOQUÉ <input type="checkbox"/> ↓ AUCUN AVORTEMENT PROVOQUÉ <input type="checkbox"/>		→ 253
234	VÉRIFIER 232 : UN SEUL AVORTEMENT <input type="checkbox"/> ↓ Quel âge aviez-vous lorsque vous avez eu votre grossesse qui s'est terminée par un avortement provoqué ? PLUSIEURS AVORTEMENTS <input type="checkbox"/> ↓ Quel âge aviez-vous lorsque vous avez eu votre première grossesse qui s'est terminée par un avortement provoqué ?	AGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
235	VÉRIFIER 232 : UN SEUL AVORTEMENT <input type="checkbox"/> ↓ Quand cet avortement provoqué a-t-il eu lieu ? PLUSIEURS AVORTEMENTS <input type="checkbox"/> ↓ Quand le dernier avortement provoqué a-t-il eu lieu ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
236	VÉRIFIEZ 235 : DERNIER AVORTEMENT EN JAN. 2007 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> ↓ DERNIER AVORTEMENT AVANT JAN. 2007 <input type="checkbox"/>		→ 251

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
237	<p>VÉRIFIER 232 :</p> <p>UN SEUL AVORTEMENT <input type="checkbox"/></p> <p>PLUSIEURS AVORTEMENTS <input type="checkbox"/></p> <p>De combien de mois étiez-vous enceinte quand votre avortement a eu lieu ?</p> <p>Nous allons maintenant parlé de votre dernier avortement. De combien de mois étiez-vous enceinte quand votre dernier avortement a eu lieu?</p>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
238	<p>Avez-vous décidé, vous-même, de faire cet avortement, ou avez-vous été poussée ou forcée par quelqu'un d'autre à faire cet (ce dernier) avortement?</p>	<p>A DÉCIDÉ ELLE-MÊME 1</p> <p>QUELQU'UN AUTRE 2</p>	→ 241
239	<p>Qui vous a poussée ou forcée à faire cet (ce dernier) avortement?</p>	<p>PROFESSIONNEL DE SANTÉ 1</p> <p>LE PÈRE 2</p> <p>LA MÈRE 3</p> <p>LE MARI/PARTENAIRE 4</p> <p>AMI(E)S 5</p> <p>AUTRE 6</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
241	<p>Pouvez-vous me dire quels moyens ou quelles procédures ont été utilisés pour interrompre cette grossesse?</p> <p>Quels autres moyens ont été utilisé?</p>	<p>DILATATION & CURETAGE A</p> <p>ASPIRATION B</p> <p>SONDE C</p> <p>CyTOTEK (MISOPROSTOL) D</p> <p>INJECTIONS E</p> <p>COMPRIMÉS F</p> <p>PLANTES/DÉCOCTIONS G</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
242	<p>Où a eu lieu cet (ce dernier) avortement?</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/DISPENSARE 12</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ... 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/DISPENSARE 22</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 23</p> <p>CABINET MÉDECIN PRIVÉ 24</p> <p>SECTEUR MÉDICAL MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE 31</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/DISPENSARE 32</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 33</p> <p>SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL</p> <p>CLINIQUE MOBILE 41</p> <p>MAISON</p> <p>PROPRE MAISON 51</p> <p>AUTRE MAISON 52</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
243	<p>VÉRIFIEZ 242 :</p> <p>CODES 11 À 41 ENCERCLÉS <input type="checkbox"/></p> <p>CODES 51, 52 OU 96 ENCERCLÉS <input type="checkbox"/></p> <p>Qui vous a assisté au moment de cet (ce dernier) avortement?</p> <p>INSISTER: Quelqu'un d'autre?</p> <p>INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES.</p>	<p>PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN A</p> <p>INFIRMIER/(-IÈRE) B</p> <p>AUXILIAIRE C</p> <p>MÉDIC. NON INSTITUTIONNEL</p> <p>AGENT SANTÉ D</p> <p>SAGE-FEM./MATRONE AVEC BOÎTE E</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ</p> <p>SAGE-FEM./MATRONE SANS BOÎTE F</p> <p>GUÉRISSEUR/MÉDECIN-FEUILLE G</p> <p>OUGAN/MAMBO H</p> <p>PRIVÉ NON MÉDICAL</p> <p>PARENT(E)S/AMI(E)S I</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>PERSONNE Y</p>	
250	<p>À la suite de cet (ce dernier) avortement avez-vous eu des complications, comme, par exemple, des saignements ou une infection?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
251	<p>Si vous aviez une autre grossesse que vous ne souhaitez pas, seriez-vous prête à refaire un avortement provoqué ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE PEUT PLUS TOMBER ENCEINT... 3</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
252	<p>VÉRIFIER 232 :</p> <p>UN SEUL AVORTEMENT PROVOQUÉ <input type="checkbox"/></p> <p>PLUSIEURS AVORTEMENTS PROVOQUÉS <input type="checkbox"/></p> <p>En plus de la grossesse qui s'est terminée par un avortement provoqué, avez-vous fait d'autres tentatives d'avortement qui ont échoué?</p> <p>SI OUI: En plus de la grossesse qui s'est terminée par un avortement provoqué, combien avez-vous fait d'autres tentatives d'avortement?</p> <p>En plus des grossesses qui se sont terminées par un avortement provoqué, avez-vous fait d'autres tentatives d'avortement qui ont échoué?</p> <p>SI OUI: En plus des grossesses qui se sont terminées par un avortement provoqué, combien avez-vous fait d'autres tentatives d'avortement?</p>	<p>NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NON 95</p>	<p>→255</p>
253	<p>Au cours de votre vie, avez-vous fait des tentatives d'avortement qui ont échoué?</p> <p>SI OUI: En tout, au cours de votre vie, combien avez-vous fait de tentatives d'avortement?</p>	<p>NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NON 95</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À								
255	Quand vos dernières règles ont-elles commencé ? <u>(INSCRIVEZ LA DATE SI ELLE EST DONNÉE)</u>	IL Y A JOURS 1 IL Y A SEMAINES ... 2 IL Y A MOIS 3 IL Y A ANNÉES ... 4 EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE ... 994 AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995 JAMAIS EU DE RÈGLES 996	<div style="display: flex; align-items: center;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 40px; height: 40px; margin-right: 10px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </div>								
256	Entre la période des règles et les règles suivantes, est-ce qu'il y a une période où les femmes ont plus de chances de tomber enceintes ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px; margin-right: 5px;"></div> → 301 </div>								
257	Est-ce que cette période se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles soient terminées ou bien au milieu de deux périodes de règles ?	JUSTE AVANT QUE LES RÉGLES COMMENCENT 1 PENDANT LES RÉGLES 2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÉGLES 3 AU MILIEU, ENTRE DEUX PÉRIODES 4 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8									

SECTION 3. CONTRACEPTION

301	Je voudrais maintenant que nous parlions de planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. Avez-vous entendu parler de:		
01	Stérilisation féminine. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI 1 NON 2	
02	Stérilisation masculine. INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI 1 NON 2	
03	DIU. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin ou une infirmière leur place dans l'utérus.	OUI 1 NON 2	
04	Injectables. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé qui les empêche de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI 1 NON 2	
05	Implants. INSISTEZ : Les femmes peuvent se faire insérer par un médecin ou une infirmière un batonnet ou plus sous la peau du haut du bras pour les empêcher de tomber enceinte, pendant une année ou plus.	OUI 1 NON 2	
06	Pilule. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.	OUI 1 NON 2	
07	Condom. INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2	
08	Condom féminin. INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2	
09	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA)	OUI 1 NON 2	
10	Méthode du rythme. INSISTEZ : Pour éviter une grossesse, les femmes n'ont pas de rapports sexuels les jours du mois où elles pensent qu'elles ont le plus de chances de tomber enceintes.	OUI 1 NON 2	
11	Retrait. INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI 1 NON 2	
12	Pilule du lendemain. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre pendant trois jours après des rapports sexuels non protégés des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes. (3)	OUI 1 NON 2	
13	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes qu'une femme ou un homme peut utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI 1 _____ (PRÉCISEZ) _____ (PRÉCISEZ) NON 2	
302	VÉRIFIEZ 226 : PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/>		→ 313
303	Faites-vous actuellement quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 313

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
304	<p>Quelle méthode utilisez-vous ?</p> <p>ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> <p>SI PLUS D'UNE MÉTHODE EST MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTION DE PASSAGE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE ENCERCLÉE DE LA LISTE.</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE A</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE B</p> <p>DIU C</p> <p>INJECTABLES D</p> <p>IMPLANTS E</p> <p>PILULE F</p> <p>CONDOM G</p> <p>CONDOM FÉMININ H</p> <p>DIAPHRAGME I</p> <p>MOUSSE/GELÉE J</p> <p>MAMA K</p> <p>MÉTHODE DU RYTHME L</p> <p>RETRAIT M</p> <p>AUTRE MÉTHODE MODERNE ... X</p> <p>AUTRE MÉTHODE TRADITION. ... Y</p>	<p>→ 307</p> <p>→ 308A</p> <p>→ 306</p> <p>→ 308A</p>
305	<p>Quelle est la marque de pilule que vous utilisez actuellement ?</p> <p>SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.</p>	<p>PILPLAN 1</p> <p>LOFEMENAL 2</p> <p>OVRETTE 3</p> <p>MICROGYNON 4</p> <p>AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>→ 308A</p>
306	<p>Quelle est la marque de condom que vous utilisez actuellement ?</p> <p>SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.</p>	<p>PANTERE 01</p> <p>TIGER 02</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>→ 308A</p>
307	<p>Dans quel établissement a été effectuée la stérilisation ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINEZ SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE 12</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE 22</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL .. 23</p> <p>CABINET MÉDECIN PRIVÉ 24</p> <p>SECTEUR MÉDICAL MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE 31</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE 32</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 33</p> <p>SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL</p> <p>CLINIQUE MOBILE 41</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À						
308	En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?								
308A	Depuis quel mois et quelle année utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ? INSISTEZ : Depuis combien de temps utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?	MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							→ 314
313	Avez-vous déjà utilisé quelque chose ou essayé de n'importe quelle manière de retarder ou d'éviter une grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 324						
314	VÉRIFIEZ 304 : ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE : SI PLUS D'UN CODE EST ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 MOUSSE/GELÉE 10 MAMA 11 MÉTHODE DU RYTHME 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE MODERNE 95 AUTRE MÉTHODE TRADITION. 96	→ 317A → 326 → 315A → 326						
315	Vous avez commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) en (DATE de Q.308/308A). Où l'avez-vous obtenue à ce moment-là ?	SECTEUR MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE 12 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE 22 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 23 CABINET MÉDECIN PRIVÉ 24 PHARMACIE 25 SECTEUR MÉDICAL MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE 31 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE 32 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 33 SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL CLINIQUE MOBILE 41 AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR 42 AUTRE SOURCE NON MÉDICALE BOUTIQUE/ MARCHÉ 51 DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE ... 52 ÉCOLE 53 PARENT(E)S/ AMI(E)S 54 AUTRE 96							
315A	Où avez-vous appris comment utiliser la méthode du rythme/MAMA ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	(PRÉCISEZ)							

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
316	VÉRIFIEZ 304 : ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE : S'IL Y A PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.	DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 MOUSSE/GELÉE 10 MAMA 11 MÉTHODE DU RYTHME 12	→ 323 → 320 → 326 → 326
317	À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes que vous pourriez avoir en utilisant cette méthode ?	OUI 1 NON 2	→ 319
317A	Quand vous avez été stérilisée, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes que vous pourriez avoir à cause de la méthode ?		
318	Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a parlé des effets secondaires ou des problèmes que vous pourriez avoir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI 1 NON 2	→ 320
319	Vous a-t-on dit ce qu'il fallait faire si vous aviez ces effets secondaires ou ces problèmes ?	OUI 1 NON 2	
320	VÉRIFIEZ 317 : <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>CODE '1' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pourriez utiliser ?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>CODE '1' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Quand vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE DE 314) de (ENDROIT DE 307 OU 315), vous a-t-on parlé d'autres méthodes de PF que vous pouviez utiliser ?</p> </div> </div>	OUI 1 NON 2	→ 322
321	Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a déjà parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?	OUI 1 NON 2	
322	VÉRIFIEZ 304 : ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE : S'IL Y A PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 MOUSSE/GELÉE 10 MAMA 11 MÉTHODE DU RYTHME 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE MODERNE 95 AUTRE MÉTHODE TRADITION. 96	→ 326 → 326

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
323	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE 12</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE 22</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 23</p> <p>CABINET MÉDECIN PRIVÉ 24</p> <p>PHARMACIE 25</p> <p>SECTEUR MÉDICAL MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE 31</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE 32</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 33</p> <p>SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL</p> <p>CLINIQUE MOBILE 41</p> <p>AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR 42</p> <p>AUTRE SOURCE NON MÉDICALE</p> <p>BOUTIQUE/ MARCHÉ 51</p> <p>DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE ... 52</p> <p>ÉCOLE 53</p> <p>PARENT(E)S/ AMI(E)S 54</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 326</p>
324	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>→ 326</p>
325	<p>Où est cet endroit ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT AA</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE B</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE D</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... E</p> <p>CABINET MÉDECIN PRIVÉ F</p> <p>PHARMACIE G</p> <p>SECTEUR MÉDICAL MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE H</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE I</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... J</p> <p>SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL</p> <p>CLINIQUE MOBILE K</p> <p>AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR L</p> <p>AUTRE SOURCE NON MÉDICALE</p> <p>BOUTIQUE/ MARCHÉ M</p> <p>DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE ... N</p> <p>ÉCOLE O</p> <p>PARENT(E)S/ AMI(E)S P</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
326	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez reçu la visite d'un agent de santé qui vous a parlé de planification familiale ? (8)	OUI 1 NON 2	
327	Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même (ou pour vos enfants) ?	OUI 1 NON 2	→ 401
328	Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale ?	OUI 1 NON 2	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

401	VÉRIFIEZ 224 :	<p>UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2007 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/></p> <p>AUCUNE NAISSANCE EN 2007 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">→ 556</p>		
402	<p>VÉRIFIEZ 215 : INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE EN 2007 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES, EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ LES 2 DERNIÈRES COLONNES DE QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).</p> <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).</p>			
403	NUMÉRO DE LIGNE DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO HISTORIQUE NAIS. <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NUMÉRO HISTORIQUE NAIS. <input type="text"/>	AVANT-AVANT DER. NAISS. NUMÉRO HISTORIQUE NAIS. <input type="text"/>
404	À PARTIR DES QUESTIONS 212 ET 216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ DÉ <input type="checkbox"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ DÉ <input type="checkbox"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ DÉ <input type="checkbox"/>
405	Quand vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI 1 (PASSEZ À 408) ← NON 2	OUI 1 (PASSEZ À 430) ← NON 2	OUI 1 (PASSEZ À 430) ← NON 2
406	Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas (ou plus) d'enfant ?	PLUS TARD 1 PLUS D'ENFANT 2 (PASSEZ À 408) ←	PLUS TARD 1 PLUS D'ENFANT 2 (PASSEZ À 430) ←	PLUS TARD 1 PLUS D'ENFANT 2 (PASSEZ À 430) ←
407	Combien de temps de plus vouliez-vous attendre ?	MOIS ... 1 <input type="text"/> ANNÉES ... 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998	MOIS ... 1 <input type="text"/> ANNÉES ... 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998	MOIS ... 1 <input type="text"/> ANNÉES ... 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998
408	Avez-vous consulté quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 415) ←		
409	Qui avez-vous consulté ? (2) Quelqu'un d'autre ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROFESSIONNEL SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIER(E) ... B INFIRMIERE SAGE FEMME C AUXILLIAIRE D AUTRES AGENT DE SANTE ... E MATRONNE AVEC BOITE F MATRONNE SANS BOITE G GUÉRISSEUR/ MEDECIN-FEUILLE OUGAN/MAMBO... F H PARENTS/ AMIS ... I AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y (PASSER À 414) ←		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____												
410	<p>Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette naissance ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>DOMICILE</p> <p>VOTRE DOMICILE . A AUTRE DOMICILE . B</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT. C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . D MATERNITÉ . . . E</p> <p>SECTEUR PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE F CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . G MATERNITÉ . . . H</p> <p>SECTEUR MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE I CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . J MATERNITÉ . . . K</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>														
411	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez eu votre première consultation prénatale pour cette grossesse ?	MOIS . . . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98														
412	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu de consultation prénatale ?	NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/> DE FOIS NE SAIT PAS 98														
413	Est-ce qu'au cours des visites prénatales durant cette grossesse, les examens suivants ont été effectués au moins une fois :	<p style="text-align: center;">OUI NON</p> POIDS . . . 1 2 TENSION . . . 1 2 URINE 1 2 SANG . . . 1 2 AUS. FOETUS 1 2 HAUT UTI . . . 1 2														
414	Au cours de l'une de ces visites prénatales, vous a-t-on parlé de choses qui peuvent être le signe de problèmes de la grossesse ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8														
415	Durant cette grossesse, vous a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance ? (3)	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 418) ← NE SAIT PAS 8														
416	Durant cette grossesse, combien de fois vous a-t-on fait une injection contre le tétanos ?	FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8														

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
417	VÉRIFIEZ 416 :	2 FOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 421)		
418	À n'importe quel moment avant cette grossesse, vous a-t-on fait des injections contre le tétanos ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 421) ← NE SAIT PAS 8		
419	Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu des injections contre le tétanos ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8		
420	Avant cette grossesse, il y a combien d'années que vous avez reçu la dernière injection contre le tétanos ?	IL Y A ANNÉES ... <input type="text"/> <input type="text"/>		
421	Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ? MONTREZ COMP./SIROP.	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 423) ← NE SAIT PAS 8		
422	Pendant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris des comprimés ou du sirop contenant du fer? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998		
423	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
430	Quand (NOM) est né, était-il/elle très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne ou très petit ?	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
431	(NOM) a t-il /elle été pesé à la naissance ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 433) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 433) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 433) ← NE SAIT PAS 8
432	Combien (NOM) pesait-il/elle ? INSCRIVEZ LE POIDS EN KILOGRAMMES À PARTIR DU CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998
433	Qui vous a assisté durant l'accouchement de (NOM) ? Quelqu'un d'autre ? INSISTEZ POUR LES TYPES DE PERSONNES ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE PERSONNE NE L'A ASSISTÉE, INSISTEZ POUR DÉTERMINER SI DES ADULTES ÉTAIENT PRÉSENTS À L'ACCOUCHEMENT.	PROFESSIONNEL SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIER(E) .. B INFIRMIERE SAGE FEMME C AUXILLIAIRE D AUTRES AGENT DE SANTE ... E MATRONNE AVEC BOITE F MATRONNE SANS BOITE G GUÉRISSEUR/ MEDECIN-FEUILLE OUGAN/MAMBO... F H PARENTS/ AMIS .. I AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y	PROFESSIONNEL SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIER(E) .. B INFIRMIERE SAGE FEMME C AUXILLIAIRE D AUTRES AGENT DE SANTE ... E MATRONNE AVEC BOITE F MATRONNE SANS BOITE G GUÉRISSEUR/ MEDECIN-FEUILLE OUGAN/MAMBO... F H PARENTS/ AMIS .. I AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y	PROFESSIONNEL SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIER(E) .. B INFIRMIERE SAGE FEMME C AUXILLIAIRE D AUTRES AGENT DE SANTE ... E MATRONNE AVEC BOITE F MATRONNE SANS BOITE G GUÉRISSEUR/ MEDECIN-FEUILLE OUGAN/MAMBO... F H PARENTS/ AMIS .. I AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y
434	Où avez-vous accouché de (NOM) ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 448) ← AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT. 21 CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE .. 22 MATERNITÉ 23 SECTEUR PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE 31 CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE .. 32 MATERNITÉ 33 SECTEUR MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE 41 CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE .. 42 MATERNITÉ 43 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 438) ←	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 448) ← AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT. 21 CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE .. 22 MATERNITÉ 23 SECTEUR PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE 31 CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE .. 32 MATERNITÉ 33 SECTEUR MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE 41 CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE .. 42 MATERNITÉ 43 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 448) ←	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 448) ← AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT. 21 CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE .. 22 MATERNITÉ 23 SECTEUR PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE 31 CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE .. 32 MATERNITÉ 33 SECTEUR MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE 41 CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE .. 42 MATERNITÉ 43 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 448) ←

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____													
434A	Combien de temps après l'accouchement de (NOM) êtes-vous restée là ? SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.	HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> SEMAINES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NE SAIT PAS ... 998															
435	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne, c'est-à-dire que l'on vous a ouvert le ventre pour faire sortir le bébé ?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2													
436	Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu'un a contrôlé votre état de santé pendant que vous étiez dans l'établissement ?	OUI 1 (PASSEZ À 439) ← NON 2															
437	Est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé après que vous ayez quitté l'établissement ?	OUI 1 (PASSEZ À 439) ← NON 2 (PASSEZ À 442) ←															
438	Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu'un a contrôlé votre état de santé après que vous ayez donné naissance à (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 442) ←															
440	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ? SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.	HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> SEMAINES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NE SAIT PAS ... 998															
439	Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ? INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIER(E) 12 INFIRMIER(E)/ AL SAGE-FEMME 13 AUXILIAIRE 14 (PASSEZ A 442) ← AUTRE PERSONNE AGENT DE SANTÉ 21 MATRONE AVEC BOÎTE 22 MATRONE SANS BOÎTE 23 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)															

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____														
442	Dans les deux mois qui ont suivi la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une accoucheuse traditionnelle a examiné son état de santé ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 446) ← NE SAIT PAS 8																
443	Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), le premier examen a-t-il eu lieu ? SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.	HRS APRES NAIS. ... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> JRS APRÈS NAÏS. ... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> SEM.APRÈS NAIS. ... 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NE SAIT PAS ... 998																
444	Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ? INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIER..... 12 INFIRMIER(E) SAGE-FEMME ... 13 AUXILIAIRE 14 AUTRE PERSONNE AGENT DE SANTÉ... 21 MATRONE AVEC BOITE 22 MATRONE SANS BOITE ... 23 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)																
445	Où ce premier examen de (NOM) a-t-il eu lieu ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCELEZ LE CODE APPROPRIÉ. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, MIXTE OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT. 21 CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . 22 MATERNITÉ ... 23 SECTEUR PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE 31 CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . 32 MATERNITÉ ... 33 SECTEUR MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE 41 CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . 42 MATERNITÉ ... 43 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)																
446	Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A (comme celle-ci) ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS DE GÉLULE	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
447	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ?	OUI 1 (PASSEZ À 449) ← NON 2 (PASSEZ À 450) ←		
448	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ?		OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 452) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 452) ←
449	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ?	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
450	VÉRIFIEZ 226 : L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ENCEINTE ?	PAS EN-CEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 452)		
451	Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 453) ←		
452	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
453	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI 1 (PASSEZ À 455) ← NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
454	VÉRIFIEZ 404 : L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 460) (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 501)		
455	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ? SI MOINS D'UNE HEURE, INSCRIVEZ '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, ENREGISTREZ EN HEURES. SINON, ENREGISTREZ EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>		
456	Dans les trois premiers jours après la naissance est-ce que (NOM) a reçu autre chose à boire que le lait maternel ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 458) ←		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
457	Qu'a t-on donné a boire à (NOM) ? Rien d'autre ? ENREGISTREZ TOUS LES LIQUIDES MENTIONNÉS.	LAIT (AUTRE QUE LE EAU A EAU SUCRÉE OU B IN LAIT MATERNEL) C SOLUTION D'EAU EAU GLUCOSÉE D JUS DE FRUIT ... E L' POUR COLIQUES F TI SALÉE SUCRÉ... G CAFÉ H AI POUR BÉBÉ X (PRÉCISEZ)		
458	VÉRIFIEZ 404 : L'ENFANT EST-IL EN VIE ?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 405 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)
459	Allaitez-vous encore (NOM) ?	OUI 1 NON 2		
460	(NOM) a-t-il bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
461		(RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	(RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	(RETOURNEZ À 405 À L'AVANT-DER. COLONNE DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)

SECTION 5. VACCINATIONS DES ENFANTS, SANTÉ ET NUTRITION

501	INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2007 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES, EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ LES 2 DERNIÈRES COLONNES DE QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).				
502	N° DE LIGNE DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <input style="width:40px; height:20px;" type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <input style="width:40px; height:20px;" type="text"/>	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <input style="width:40px; height:20px;" type="text"/>	
503	À PARTIR DE 212 ET 216	NOM _____ EN VIE <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À LA COL.SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	NOM _____ EN VIE <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À LA COL.SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	NOM _____ EN VIE <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DER.COL. DU NOUVEAU QUEST. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISS., ALLEZ À 553)	
504	Avez-vous un carnet où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ? SI OUI : Puis-je le voir ?	OUI, VU 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET 3	OUI, VU 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET 3	OUI, VU 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET 3	
505	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ? (2)	OUI 1 (PASSEZ À 509) ← NON 2	OUI 1 (PASSEZ À 509) ← NON 2	OUI 1 (PASSEZ À 509) ← NON 2	
506	(1) COPIEZ LES DATES DU CARNET. (2) INSCRIVEZ '44' À LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET INDIQUE QU'UNE DOSE A ÉTÉ DONNÉE MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE.				
		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		JOUR MOIS ANNÉE	JOUR MOIS ANNÉE	JOUR MOIS ANNÉE	
	BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	POLIO 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	POLIO 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	POLIO 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	DTPER 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	DTPER 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	DTPER 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ROUGEOLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ROUGEOLE/RUBÉOLE (RR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		BCG	BCG	BCG	
		P0	P0	P0	
		P1	P1	P1	
		P2	P2	P2	
		P3	P3	P3	
		D1	D1	D1	
		D2	D2	D2	
		D3	D3	D3	
		ROU	ROU	ROU	
		RR	RR	RR	
		VIT A	VIT A	VIT A	
507	VÉRIFIEZ 506 :	BCG À ROUGEOLE/ ROUBEOLE TOUT ENREGISTRÉ <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> (ALLEZ À 511)	AUTRE <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/>	BCG À ROUGEOLE/ ROUBEOLE TOUT ENREGISTRÉ <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> (ALLEZ À 511)	
		AUTRE <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/>			
		BCG À ROUGEOLE/ ROUBEOLE TOUT ENREGISTRÉ <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> (ALLEZ À 511)	AUTRE <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/>		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
508	(NOM) a-t-il/elle eu des vaccins qui ne sont pas inscrits sur le carnet, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ? ENREGISTREZ 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE AU MOINS UN DES VACCINS DE 506 QUI N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉ COMME AYANT ÉTÉ DONNÉ.	OUI 1 (INSISTEZ ←) POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506). (PASSEZ À 511) ← NON 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 (INSISTEZ ←) POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506). (PASSEZ À 511) ← NON 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 (INSISTEZ ←) POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506). (PASSEZ À 511) ← NON 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS 8
509	(NOM) a-t-il/elle déjà eu des vaccins pour lui éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS 8
510	Dites-moi si (NOM) a eu l'un des vaccins suivants :			
510A	Le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse habituellement une cicatrice ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
510B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510E) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510E) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510E) ← NE SAIT PAS 8
510C	Le premier vaccin de la polio a-t-il été donné dans les 2 premières semaines après la naissance ou plus tard ?	DEUX 1 ^{RES} SEMAINES 1 PLUS TARD 2	DEUX 1 ^{RES} SEMAINES 1 PLUS TARD 2	DEUX 1 ^{RES} SEMAINES 1 PLUS TARD 2
510D	Combien de fois le vaccin de la polio a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
510E	Le vaccin du DTPER, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse ou à la fesse, parfois donné en même temps que les gouttes pour la polio ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510G) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510G) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510G) ← NE SAIT PAS 8
510F	Combien de fois le vaccin du DTPER a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>
510G	Le vaccin contre la rougeole et la rubéole (ou RR), c'est-à-dire une injection dans le bras à l'âge de 9 mois ou plus tard, pour lui éviter la rougeole et la rubéole?	OUI 1 PASSEZ A 511 ← NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 PASSEZ A 511 ← NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 PASSEZ A 511 ← NON 2 NE SAIT PAS 8
510H	Le vaccin contre la rougeole, c'est-à-dire une injection dans le bras à l'âge de 9 mois ou plus tard, pour lui éviter la rougeole?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
511	Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) une dose de vitamine A comme (celle-ci//une de celles-ci) ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS DE GÉLULES DE VITAMINE A	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
512	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) des comprimés de fer, des granules avec du fer ou du sirop contenant du fer ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
513	Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
514	(NOM) a-t-il eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS 8
514A	Est-ce que la diarrhée était très abondante et de couleur blanchâtre (eau de riz)?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
515	Y avait-il du sang dans les selles ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
516	Je voudrais maintenant savoir quelle quantité de liquides a été donnée à (NOM) pendant la diarrhée (y compris le lait maternel). Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE ... 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE ... 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE ... 5 NE SAIT PAS 8
517	Quand (NOM) avait la diarrhée, lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger ? SI MOINS, INSISTEZ: Lui a-t-on donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8
518	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 522) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 522) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 522) ←

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
519	<p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ÉTABLISSEMENT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B</p> <p>MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G</p> <p>MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I</p> <p>MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K MATRO. AV. BOÎT. L</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ MATRONE SANS BOÎT M GUÉRISSEUR/MÉD. . OUGAN/MAMBO N</p> <p>AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	<p>MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B</p> <p>MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G</p> <p>MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I</p> <p>MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K MATRO. AV. BOÎT. L</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ MATRONE SANS BOÎT M GUÉRISSEUR/MÉD. . OUGAN/MAMBO N</p> <p>AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	<p>MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B</p> <p>MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G</p> <p>MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I</p> <p>MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K MATRO. AV. BOÎT. L</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ MATRONE SANS BOÎT M GUÉRISSEUR/MÉD. . OUGAN/MAMBO N</p> <p>AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>
520	VÉRIFIEZ 519 :	<p>2 CODES UN SEUL <input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/> PLUS EN CER- ENCERCLÉS CLÉ</p> <p>(PASSEZ À 522) ←</p>	<p>2 CODES UN SEUL <input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/> PLUS EN CER- ENCERCLÉS CLÉ</p> <p>(PASSEZ À 522) ←</p>	<p>2 CODES UN SEUL <input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/> PLUS EN CER- ENCERCLÉS CLÉ</p> <p>(PASSEZ À 522) ←</p>
521	<p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 519.</p>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>
522	<p>Lui avez-vous donné les choses suivantes à boire à n'importe quel moment dès qu'il/elle a commencé à avoir la diarrhée :</p> <p>a) Un liquide préparé à partir d'un sachet de sérum oral ou de sel lavé ?</p> <p>b) Un sérum oral en bouteille vendu en boutique ou en pharmacie ?</p> <p>c) Un liquide maison préparé avec de l'eau, du sel et du sucre ?</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SACHET SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON 1 2 8</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SACHET SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON 1 2 8</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SACHET SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON 1 2 8</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
523	A-t-on donné quelque chose (d'autre) pour traiter la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS 8
524	Qu'a-t-on donné (d'autre) pour traiter la diarrhée ? Rien d'autre ? ENREGISTREZ TOUS LES TRAITEMENTS DONNÉS.	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE A ANTIMOTILITÉ B ZINC C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E INJECTION ANTIBIOTIQUE F NON ANTIBIOT G INJECTION INCONNUE ... H (IV) INTRAVEINEUSE I REMÈDE MAISON/ HERBES MEDI-CINALES J AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE A ANTIMOTILITÉ B ZINC C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E INJECTION ANTIBIOTIQUE F NON ANTIBIOT G INJECTION INCONNUE ... H (IV) INTRAVEINEUSE I REMÈDE MAISON/ HERBES MEDI-CINALES J AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE A ANTIMOTILITÉ B ZINC C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E INJECTION ANTIBIOTIQUE F NON ANTIBIOT G INJECTION INCONNUE ... H (IV) INTRAVEINEUSE I REMÈDE MAISON/ HERBES MEDI-CINALES J AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)
525	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 527) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 527) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 527) ← NE SAIT PAS 8
526	À n'importe quel moment au cours de sa maladie, est-ce qu'on a pris à (NOM) du sang de son doigt ou de son talon ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
527	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la toux à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 530) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 530) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 530) ← NE SAIT PAS 8
528	Quand (NOM) a été malade avec de la toux, est-ce qu'il/elle respirait plus vite que d'habitude, avec un souffle court et rapide ou avait-il/elle des difficultés pour respirer ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 531) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 531) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 531) ← NE SAIT PAS 8
529	Ces difficultés pour respirer étaient dues à un problème dans la poitrine ou à un nez bouché ou qui coulait ?	BRANCHE SEULE 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (PASSEZ À 531) ←	BRANCHE SEULE 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (PASSEZ À 531) ←	BRANCHE SEULE 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (PASSEZ À 531) ←
530	VÉRIFIEZ 525 : A-T-IL EU DE LA FIÈVRE ?	OUI NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 503 À LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	OUI NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 503 À LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	OUI NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLEZ À 553)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
531	Je voudrais savoir maintenant quelle quantité de boisson a été donnée à (NOM) (y compris le lait maternel) pendant sa maladie avec (de la fièvre et de la toux). Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTEZ : Lui en a-t-on donné beaucoup moins que d'habitude, ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8
532	Quand (NOM) a eu de la (fièvre/toux), lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou ne lui a-t-on rien donné à manger ? SI MOINS, INSISTEZ : Lui en a-t-on donné beaucoup moins que d'habitude, ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8
533	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 537) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 537) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 537) ←
534	Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ? (9) Quelque part ailleurs ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINEZ SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)	MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K MATRO. AV. BOÎT. L TRADITIONNEL PRIVÉ MATRONE SANS BOÎT M GUÉRISSEUR/MÉD. . FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q AUTRE _____ X (PRÉCISER)	MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K MATRO. AV. BOÎT. L TRADITIONNEL PRIVÉ MATRONE SANS BOÎT M GUÉRISSEUR/MÉD. . FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q AUTRE _____ X (PRÉCISER)	MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K MATRO. AV. BOÎT. L TRADITIONNEL PRIVÉ MATRONE SANS BOÎT M GUÉRISSEUR/MÉD. . FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q AUTRE _____ X (PRÉCISER)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
535	VÉRIFIEZ 534 :	2 CODES 1 SEUL <input type="checkbox"/> OU <input type="checkbox"/> CODE <input type="checkbox"/> PLUS EN- ENCER- CERCLÉ CLÉS ↓ ← (PASSEZ À 537)	2 CODES 1 SEUL <input type="checkbox"/> OU <input type="checkbox"/> CODE <input type="checkbox"/> PLUS EN- ENCER- CERCLÉ CLÉS ↓ ← (PASSEZ À 537)	2 CODES 1 SEUL <input type="checkbox"/> OU <input type="checkbox"/> CODE <input type="checkbox"/> PLUS EN- ENCER- CERCLÉ CLÉS ↓ ← (PASSEZ À 537)
536	Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ? UTILISEZ LES CODES DE 534.	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>
537	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?	OUI 1 NON 2 (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE ; OU,SI PLUS DE ← NAISSANCE, ALLEZ À 553) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE ; OU,SI PLUS DE ← NAISSANCE, ALLEZ À 553) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU ← QUESTIONNAIRE ; OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553). NE SAIT PAS 8
538	Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ? Aucun autre médicament ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ANTIPALUDÉENS CHLOROQUINE A PRIMAQUINE B AUTRE ANTI- PALUDÉEN C _____ (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP D INJECTION ... E AUTRE MÉDICAMENT ASPIRINE F ACETA- MINOPHEN ... G IBUPROFEN ... H AUTRE _____ X _____ (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDÉENS CHLOROQUINE A PRIMAQUINE B AUTRE ANTI- PALUDÉEN C _____ (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP D INJECTION ... E AUTRE MÉDICAMENT ASPIRINE F ACETA- MINOPHEN ... G IBUPROFEN ... H AUTRE _____ X _____ (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDÉENS CHLOROQUINE A PRIMAQUINE B AUTRE ANTI- PALUDÉEN C _____ (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP D INJECTION ... E AUTRE MÉDICAMENT ASPIRINE F ACETA- MINOPHEN ... G IBUPROFEN ... H AUTRE _____ X _____ (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z
539	VÉRIFIEZ 538 : Y A-T-IL UN CODE A-C ENCERCLÉ ?	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553).	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (RETOURNEZ À 503 À COL. SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU SI PLUS DE NAISSANCE ALLEZ À 553)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
540	VÉRIFIEZ 538 : CHLOROQUINE ('A') DONNÉ	CODE 'A' CODE 'A' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSEZ À 542) ←	CODE 'A' CODE 'A' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSEZ À 542) ←	CODE 'A' CODE 'A' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSEZ À 542) ←
541	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la chloroquine ?	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8
542	VÉRIFIEZ 538 : PRIMAQUINE ('B') DONNÉE	CODE 'B' CODE 'B' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSEZ À 550) ←	CODE 'B' CODE 'B' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSEZ À 550) ←	CODE 'B' CODE 'B' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSEZ À 550) ←
543	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la primaquine ?	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8
550	VÉRIFIEZ 538 : AUTRE ANTIPALUDÉEN (C') DONNÉ	CODE 'C' CODE 'C' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	CODE 'C' CODE 'C' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	CODE 'C' CODE 'C' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (RETOURNEZ À 503 À L'AVANT-DER. COL. DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)
551	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre (AUTRE ANTIPALUDÉEN) ?	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8
552		RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553.	RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553.	ALLEZ À 503 À L'AVANT- DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTION- NAIRE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553.

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
553	<p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES :</p> <p>NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2007 OU PLUS TARD VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p>INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE ET CONTINUEZ AVEC 554</p> <p>_____</p> <p>(NOM)</p>		556
554	<p>La dernière fois que (NOM DE 553) est allé aux toilettes, qu'avez-vous fait des excréments ?</p>	<p>ENFANT A UTILISÉ TOILETTES OU LATRINES 01</p> <p>A JETÉ/RINSÉ DANS TOILETTES OU LATRINES 02</p> <p>A JETÉ/RINSÉ DANS ÉGOUT OU FOSSÉ 03</p> <p>JETÉ AUX ORDURES 04</p> <p>ENTERRÉ 05</p> <p>LAISSÉ À L'AIR LIBRE 06</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
555	<p>VÉRIFIEZ 522(a) ET 522(b), TOUTES LES COLONNES :</p> <p>AUCUN ENFANT N'A REÇU DE LIQUIDE DE SACHET SRO OU DE LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ <input type="checkbox"/></p> <p>UN ENFANT A REÇU DU LIQUIDE DE SACHET SRO OU DU LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ <input type="checkbox"/></p>		557
556	<p>Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé SRO ou Sel Lavi ou sérum oral que vous pouvez obtenir pour le traitement de la diarrhée ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
557	<p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES :</p> <p>NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2010 OU PLUS TARD VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p>INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE ET CONTINUEZ AVEC 558</p> <p>_____</p> <p>(NOM)</p>		601

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
558	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les liquides et aliments que (NOM DE 557) a consommés hier pendant le jour ou la nuit. J'aimerais, en particulier, savoir si votre enfant a reçu le liquide ou l'aliment que je vais citer, même s'il était mélangé avec d'autres nourritures. (16)		
	Est-ce que (NOM DE 557) (a bu ou mangé) :	OUI NON NSP	
	a) De l'eau ?	a) 1 2 8	
	b) Des jus ou des boissons à base de jus ?	b) 1 2 8	
	c) Du bouillon ?	c) 1 2 8	
	d) Du lait tel que du lait en boîte, en poudre ou du lait frais d'animal ?	d) 1 2 8	
	SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu du lait ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT <input type="text"/>	
	e) Du lait en poudre pour bébé ?	e) 1 2 8	
	SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle bu du lait en poudre pour bébé ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT EN POUDRE <input type="text"/>	
	f) D'autres liquides ?	f) 1 2 8	
	g) Du yaourt ?	g) 1 2 8	
	SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle mangé du yaourt ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A MANGÉ DU YAOURT <input type="text"/>	
	h) Une préparation commerciale d'aliments pour bébé comme Gerber ou Cerelac ?	h) 1 2 8	
	i) Du pain, du riz, petit mil, maïs, blé, pâtes, biscuit, bouillie d'avoine ou autres préparations à base de céréales ?	i) 1 2 8	
	j) Des carottes, courges ou pommes de terre douces qui sont jaunes ou oranges a l'intérieur ?	j) 1 2 8	
	k) Des pommes de terre, ignames blanches, manioc, cassava, ou préparations à base de tubercules ?	k) 1 2 8	
	l) Des légumes à feuilles vert foncé ?	l) 1 2 8	
	m) Des mangues, papayes mûres, abricots, grenade, melon ou tomates ?	m) 1 2 8	
	n) D'autres fruits ou légumes, tels que banane, haricots verts, avocats ?	n) 1 2 8	
	o) Des abats comme le foie, rognons, ou le coeur ?	o) 1 2 8	
	p) De la viande de boeuf, de porc, de mouton, de chèvre, de lapin?	p) 1 2 8	
	p) Poulet, coq, canard, dinde, pintade, ou autre volaille?	q) 1 2 8	
	q) Des oeufs ?	r) 1 2 8	
	r) Du poisson frais ou séché ou des fruits de mer ?	s) 1 2 8	
	s) N'importe quelle préparation à base de haricots, pois, lentilles ou noix ?	t) 1 2 8	
	t) Du fromage ou d'autres aliments à base de lait ?	u) 1 2 8	
	u) N'importe quelle préparation à base d'aliments solides, semi solides, ou mous ?	v) 1 2 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
559	<p>VÉRIFIEZ 558 (CATÉGORIES "g" À "u") :</p> <p>PAS UN SEUL "OUI" <input type="checkbox"/></p> <p>AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/></p>		561
560	<p>Est-ce que hier durant le jour ou la nuit (NOM) a mangé des aliments solides, semi solides ou mous ?</p> <p>SI 'OUI' INSISTEZ : Quel type d'aliments solide, semi solide ou mou (NOM DE 557) a-t-il/elle mangé hier durant le jour ou la nuit ?</p>	<p>OUI 1 (RETOURNEZ À 558 POUR ENREGISTRER LES ALIMENTS CONSOMMÉS HIER.)</p> <p>NON 2</p>	601
561	<p>Combien de fois (NOM DE 557) a-t-il mangé des aliments solides, semi solides ou mous hier durant le jour ou la nuit ?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</p>	<p>NOMBRE DE FOIS <input type="checkbox"/></p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	

SECTION 6. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
601	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariés ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE 1 OUI, ACTUELLEMENT PLACÉE 2 OUI, ACTUELLEMENT VIVAVEK 3 OUI, VIT AVEC UN HOMME 4 NON, PAS EN UNION 5	→ 604
602	Avez-vous déjà été mariée, placée, vivavek ou avez-vous déjà vécu avec un homme comme si vous étiez mariés ?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE/PLACÉE VIVAVEK 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME 2 NON 3	→ 612
603	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ?	VEUVE 1 DIVORCÉE 2 SÉPARÉE 3	→ 609
604	Est-ce que votre mari/partenaire/monsieur vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs ?	VIT AVEC ELLE 1 VIT AILLEURS 2	
605	ENREGISTRER LE NOM ET N° DE LIGNE DU MARI/PARTENAIRE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, ENREGISTREZ '00'.	NOM _____ N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	
606	Est-ce que votre mari/partenaire/monsieur a d'autres épouses ou vit-il avec d'autres femmes comme s'il était marié ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 609
607	En tout, y compris vous-même, combien a-t-il d'épouses ou de partenaires avec qui il vit comme s'il était marié ?	NOMBRE TOTAL D'ÉPOUSES ET DE FEMMES AVEC QUI IL VIT COMME MARIÉ <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
608	Êtes-vous la première, deuxième,.....épouse ?	RANG <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
609	Avez-vous été mariée placée, vivavek ou avez-vous vécu avec un homme une seule fois ou plus d'une fois ?	SEULEMENT UNE FOIS 1 PLUS D'UNE FOIS 2	
610	VÉRIFIEZ 609 : MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME UNE SEULE FOIS <input type="checkbox"/> MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (mari/partenaire)/ "monsieur" ? Je voudrais maintenant vous parler de votre premier (mari/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	→ 612
611	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui pour la première fois ?	ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/>	
612	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
613	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains aspects importants de la vie. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels ?	N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS 00 ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> 1 ^{ère} FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIER) MARI/PARTENAIRE 95	→ 628
614	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Je voudrais vous assurer de nouveau que toutes vos réponses sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante.		
615	Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la <u>dernière</u> fois ? S'IL Y A MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS. S'IL Y A 12 MOIS (UN AN) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	IL Y A JOURS 1 IL Y A SEMAINES 2 IL Y A MOIS 3 IL Y A ANNÉES 4	→ 627

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
616	Quand avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne pour la dernière fois ?		IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
617	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels (avec cette 2nde/3ème personne), un condom a-t-il été utilisé ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 619) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 619) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 619) ←
618	Un condom a-t-il été utilisé chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
619	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ? SI " RENMEN", "FIANCÉ", PETIT AMI, DEMANDER: Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariés ? SI OUI, ENCERCLER '1' SI NON, ENCERCLER '2'	MARI/PLACÉ/VIVAK/ PARTENAIRE VIVANT AVEC LÉNQUETEE 1 PARTENAIRE/ FIANCÉ AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE ... 2 RENCONTRE OCCASIONNELLE 3 CLIENT/PROSTITUÉE 4 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 622) ←	MARI/PLACÉ/VIVAK/ PARTENAIRE VIVANT AVEC LÉNQUETEE 1 PARTENAIRE/ FIANCÉ AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE ... 2 RENCONTRE OCCASIONNELLE 3 CLIENT/PROSTITUÉE 4 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 622) ←	MARI/PLACÉ/VIVAK/ PARTENAIRE VIVANT AVEC LÉNQUETEE 1 PARTENAIRE/ FIANCÉ AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE ... 2 RENCONTRE OCCASIONNELLE 3 CLIENT/PROSTITUÉE 4 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 622) ←
620	VÉRIFIEZ 609 :	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE <input type="text"/> FOIS FOIS ↓ (PASSEZ) À 622	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE <input type="text"/> FOIS FOIS ↓ (PASSEZ) À 622	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE <input type="text"/> FOIS FOIS ↓ (PASSEZ) À 622
621	VÉRIFIEZ 613 :	1 ^{re} FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 ^{er} MARI AUTRE <input type="text"/> ↓ (PASSEZ À 623)	1 ^{re} FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 ^{er} MARI AUTRE <input type="text"/> ↓ (PASSEZ À 623)	1 ^{re} FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 ^{er} MARI AUTRE <input type="text"/> ↓ (PASSEZ À 623)
622	Il y a combien de temps que vous avez eu vos premiers rapports sexuels avec cette (seconde/troisième) personne ?	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>
623	Aucours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des rap-ports sexuels avec cette personne ? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NBRRE EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>
624	Quel âge a cette personne ?	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
625	À part (cette personne/ces deux personnes), avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 (RETOURNEZ À 616 ← À COL.SUIVANTE) NON 2 (PASSEZ À 627) ←	OUI 1 (RETOURNEZ À 616 ← À COL.SUIVANTE) NON 2 (PASSEZ À 627) ←	
626	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE PARTENAIRE EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.			NOMBRE DE PARTENAIRE AU COURS DES 12 DER- NIERS MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A												
627	<p>En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ?</p> <p>SI LA RÉPONSE EST NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE PARTENIAIRES EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</p>	<p>NOMBRE DE PARTENIAIRES SUR LA DURÉE DE VIE . . . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>													
628	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES DANS CETTE SECTION	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td>ENFANTS <10</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>HOMMES ADULTES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>FEMMES ADULTES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		OUI	NON	ENFANTS <10	1	2	HOMMES ADULTES	1	2	FEMMES ADULTES	1	2	
	OUI	NON													
ENFANTS <10	1	2													
HOMMES ADULTES	1	2													
FEMMES ADULTES	1	2													
629	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des condoms ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 701												
630	<p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMEN . A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE B</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE D</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL . . . E</p> <p>CABINET MÉDECIN PRIVÉ F</p> <p>PHARMACIE G</p> <p>SECTEUR MÉDICAL MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE H</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE I</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL . . . J</p> <p>SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL</p> <p>CLINIQUE MOBILE K</p> <p>AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEU . . . L</p> <p>SAGE-FEMME/MATRONE AVEC BOÎTE M</p> <p>AUTRE SOURCE NON MÉDICALE</p> <p>BOUTIQUE/ MARCHÉ N</p> <p>BAR O</p> <p>DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE . . . P</p> <p>ÉCOLE Q</p> <p>PARENT(E)S/ AMI(E)S R</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>													
631	Est-ce que vous pourriez vous procurer des condoms si vous le souhaitiez ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8</p>													

SECTION 7. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À								
701	VÉRIFIEZ 304 : NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> IL OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→ 712								
702	VÉRIFIEZ 226 : ENCEINTE <input type="checkbox"/> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/>		→ 704								
703	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Après l'enfant que vous attendez maintenant, souhaiteriez-vous un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus avoir d'enfants ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT 1 PAS D'AUTRE 2 INDÉCISE/NE SAIT PAS 8	→ 705 → 711								
704	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/un autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas (plus) avoir d'enfant ?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ... 1 PAS D'AUTRE/AUCUN 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS 8	→ 707 → 712 → 710								
705	VÉRIFIEZ 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance (d'un/un autre) enfant ? Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉE 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> BIENTÔT/MAINTENANT 993 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 994 APRÈS LE MARIAGE 995 AUTRE 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 998									→ 710 → 712 → 710
706	VÉRIFIEZ 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→ 711								
707	VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>		→ 712								
708	VÉRIFIEZ 705 : PAS POSÉE <input type="checkbox"/> 24 MOIS OU PLUS OU 02 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/> 00-23 MOIS OU 00-01 AN <input type="checkbox"/>		→ 711								

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
709	<p>VÉRIFIEZ 704 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>VEUT UN/UN AUTRE ENFANT</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NE VEUT PLUS D'ENFANT/AUCUN</p> <input type="checkbox"/> </div> </div> <p>Vous avez dit que dans l'immédiat, vous ne souhaitiez pas (un/un autre) enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>Vous avez dit que vous ne vouliez pas (plus) d'enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>Y a-t-il une autre raison ? Y a-t-il une autre raison ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p>	<p>PAS MARIÉE/PAS EN UNION A</p> <p>RAISONS RELATIVES À LA FÉCONDITÉ</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS ... B RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS C MÉNOPAUSEL/HYSTÉRECTOMIE D NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE E PAS DE RÉGLES DEPUIS DERNIÈRE NAISSANCE F ALLAITE G FATALISTE H</p> <p>OPPOSITION À L'UTILISATION</p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉE I MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ ... J AUTRES OPPOSÉS K INTERDITS RELIGIEUX L</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>NE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE M NE CONNAÎT AUCUNE SOURCE N</p> <p>RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES</p> <p>EFFETS SECONDAIRES/PROBLÈMES DE SANTÉ O PAS ACCESSIBLE /TROP LOIN ... P TROP CHÈRE Q MÉTHODE PRÉFÉRÉE NON DISPONIBLE R AUCUNE MÉTHODE DISPONIBLE S PAS PRATIQUE À UTILISER ... T INTERFÈRE AVEC LES FONCTIONS NORMALES DU CORPS U</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
710	<p>VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>PAS POSÉE</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>OUI, UTILISE ACTUELLEMENT</p> <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 712
711	<p>Pensez-vous que vous utiliserez, à un certain moment dans le futur, une méthode contraceptive pour retarder ou éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	
712	<p>VÉRIFIEZ 216 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>A DES ENFANTS VIVANTS</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>PAS D'ENFANTS VIVANTS</p> <input type="checkbox"/> </div> </div> <p>Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et que vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ?</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien en voudriez-vous ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.</p>	<p>AUCUN 00 → 714</p> <p>NOMBRE <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 → 714 (PRÉCISEZ)</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																				
713	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;">GARÇONS</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">FILLES</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">N'IMPORTE</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>NOMBRE</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>AUTRE</td> <td colspan="3">_____</td> <td style="text-align: right;">96</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="4" style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</td> </tr> </table>		GARÇONS	FILLES	N'IMPORTE		NOMBRE					AUTRE	_____			96		(PRÉCISEZ)				
	GARÇONS	FILLES	N'IMPORTE																				
NOMBRE																							
AUTRE	_____			96																			
	(PRÉCISEZ)																						
714	Au cours des derniers mois, avez-vous : Entendu parler de la planification familiale à la radio ? Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ? Lu quelque chose sur la planification familiale dans les journaux ou magazines ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">OUI</td> <td style="text-align: right;">NON</td> </tr> <tr> <td>RADIO</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉVISION</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>JOURNAUX OU MAGAZINES ...</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>		OUI	NON	RADIO	1	2	TÉLÉVISION	1	2	JOURNAUX OU MAGAZINES ...	1	2									
	OUI	NON																					
RADIO	1	2																					
TÉLÉVISION	1	2																					
JOURNAUX OU MAGAZINES ...	1	2																					
716	VÉRIFIEZ 601 : OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE PLASE/VIVAVEK <input type="checkbox"/> OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 801																				
717	VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT OU PAS POSÉE <input type="checkbox"/>		→ 720																				
718	Diriez-vous que l'utilisation de la contraception est principalement votre décision, principalement celle de votre (mari/partenaire) ou est-ce une décision commune que vous avez prise ensemble ?	DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE ... 2 DÉCISION COMMUNE 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)																					
719	VÉRIFIEZ 304 : NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→ 801																				
720	Est-ce que votre (mari/partenaire) veut le même nombre d'enfants que vous ou en veut-il plus ou moins que vous ?	MÊME NOMBRE 1 PLUS D'ENFANTS 2 MOINS D'ENFANTS 3 NE SAIT PAS 8																					

SECTION 8. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
801	VÉRIFIEZ 601 ET 602 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>		→ 803 → 807
802	Quel âge avait votre (mari/partenaire) à son dernier anniversaire ?	<input type="text"/>	
803	Est-ce que votre (dernier) (mari/partenaire) a fréquenté l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 806
804	Quel est le plus haut niveau d'étude qu'il a atteint: primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 2 SUPÉRIEUR 3 NE SAIT PAS 8	→ 806
805	Quelle est la (classe/année) la plus élevée qu'il a achevée à ce niveau ? SI MOINS D'1 CLASSE/ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	CLASSE <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
806	VÉRIFIEZ 801 : ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> Quelle est l'occupation de votre(mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail fait-il principalement ? Quelle était l'occupation de votre (dernier) (mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail faisait-il principalement ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
807	En dehors de votre travail domestique, avez-vous travaillé au cours des sept derniers jours ?	OUI 1 NON 2	→ 811
808	Comme vous le savez, certaines femmes font un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou une petite affaire ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille. Au cours des sept derniers jours, avez-vous fait quelque chose de ce genre ou un autre travail ?	OUI 1 NON 2	→ 811
809	Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des sept derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter pour vacances, maladie, maternité ou pour une autre raison ?	OUI 1 NON 2	→ 811
810	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	→ 815

* CODES POUR Q. 805

NIVEAU	1=PRIMAIRE	2=SECONDAIRE	3=SUPÉRIEUR
CLASSE	0= 13 ^è /Enfantine 1/Enfantine 2 OU 12 ^è /CP1/1 ^{ère} an. NON ACHEVÉE 1= 12 ^è /CP1/1 ^{ère} année 2= 11 ^è /CP2/2 ^è année 3= 10 ^è /CE1/3 ^è année 4= 9 ^è /CE2/4 ^è année 5= 8 ^è /CM1/5 ^è année 6= 7 ^è /CM2/6 ^è année	0 =MOINS D'1 AN COMPLÉTÉ 1 = 6è 2 = 5è 3 = 4è 4 = 3è 5 = 2è 6 = Rétho 7 = Philo	0 =MOINS D'1 AN COMPLÉTÉ 1 = 1ère année 2 = 2è année 3 = 3è année 4 = 4è année ou plus

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
811	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 80%;"> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> </div> <div style="width: 15%; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> </div>	
812	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte ?	MEMBRE DE LA FAMILLE 1 QUELQU'UN D'AUTRE 2 A SON COMPTE 3	
813	Travaillez-vous habituellement toute l'année, ou de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE 2 DE TEMPS EN TEMPS 3	
814	Êtes-vous payée en argent ou en nature pour ce travail ou n'êtes-vous pas payée du tout ?	ARGENT SEULEMENT 1 ARGENT ET NATURE 2 NATURE SEULEMENT 3 PAS PAYÉE 4	
815	VÉRIFIEZ 601 : ACTUELLEMENT MARIÉE/VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	PAS EN UNION <input type="checkbox"/>	→ 823
816	VÉRIFIEZ 814 : CODE 1 OU 2 ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 819
817	Habituellement, qui décide comment l'argent que vous gagnez va être utilisé : c'est vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	
818	Diriez-vous que vous gagnez plus que votre (mari/partenaire), moins ou à peu près la même chose ?	PLUS QUE LUI 1 MOINS QUE LUI 2 À PEU PRÈS LA MÊME CHOSE 3 MARI/PARTENAIRE NE PAS DE REVENUS 4 NE SAIT PAS 8	→ 820
819	Habituellement, qui décide comment l'argent que votre (mari/partenaire) gagne va être utilisé: vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 MARI/PARTENAIRE NE PAS DE REVENUS 4 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	
820	Habituellement, qui prend les décisions en ce qui concerne vos propres soins de santé: vous, votre (mari/partenaire), conjointement vous et votre (mari/partenaire) ou quelqu'un d'autre ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																								
821	Qui prend habituellement les décisions concernant les achats importants pour le ménage ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6																									
822	Qui prend habituellement les décisions concernant les visites à votre famille ou parents ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6																									
823	Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE 1 CONJOINTEMENT 2 SEULE ET CONJOINTEMENT 3 N'EN POSSÈDE PAS 4																									
824	Est-ce que vous possédez de la terre, seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE 1 CONJOINTEMENT 2 SEULE ET CONJOINTEMENT 3 N'EN POSSÈDE PAS 4																									
825	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE POINT DE L'INTERVIEW (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PERSONNES PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS OU PAS PRÉSENTES).	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>PRES./ ÉCOUTE</th> <th>PRES./ ÉCOUTE</th> <th>PAS PRES.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS < 10</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>MARI</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		PRES./ ÉCOUTE	PRES./ ÉCOUTE	PAS PRES.	ENFANTS < 10	1	2	3	MARI	1	2	3	AUTRES HOMMES	1	2	3	AUTRES FEMMES	1	2	3					
	PRES./ ÉCOUTE	PRES./ ÉCOUTE	PAS PRES.																								
ENFANTS < 10	1	2	3																								
MARI	1	2	3																								
AUTRES HOMMES	1	2	3																								
AUTRES FEMMES	1	2	3																								
826	Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si elle sort sans le lui dire ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Si elle néglige les enfants ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Si elle argumente avec lui ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Si elle brûle la nourriture ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	Si elle sort sans le lui dire ?	1	2	8	Si elle néglige les enfants ?	1	2	8	Si elle argumente avec lui ?	1	2	8	Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?	1	2	8	Si elle brûle la nourriture ?	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																								
Si elle sort sans le lui dire ?	1	2	8																								
Si elle néglige les enfants ?	1	2	8																								
Si elle argumente avec lui ?	1	2	8																								
Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?	1	2	8																								
Si elle brûle la nourriture ?	1	2	8																								

SECTION 9. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
901	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée sida ?	OUI 1 NON 2	→ 937
902	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
903	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par les piqûres de moustiques ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
904	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
905	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne qui a le sida ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
906	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
907	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
908	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son enfant : Pendant la grossesse ? Au cours de l'accouchement ? Pendant l'allaitement ?	OUI NON NSP GROSSESSE. 1 2 8 ACCOUCHEMENT ... 1 2 8 ALLAITEMENT 1 2 8	
909	VÉRIFIEZ 908 : AU MOINS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓		→ 911
910	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le virus du sida pour réduire le risque de transmission à son enfant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
911	VÉRIFIEZ 208 AND 215 : AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> DERNIÈRE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2010 <input type="checkbox"/> DERNIÈRE NAISSANCE AVANT JANVIER 2010 <input type="checkbox"/>		→ 926 → 926
912	VÉRIFIEZ 408 POUR DERNIÈRE NAISSANCE : A EU DES SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> AUCUN SOIN PRÉNATAL <input type="checkbox"/>		→ 920
913	VÉRIFIER S'IL Y A D'AUTRE PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ.		
914	Au cours de l'une de ces visites prénatales pour votre dernière naissance, est-ce que l'on a parlé des sujets suivants ? Des bébés qui contractent le virus du sida de leur mère ? Des choses qu'on peut faire pour ne pas contracter le sida ? Effectuer un test du virus du sida ?	OUI NON NSP SIDA DE LA MÈRE 1 2 8 CHOSSES À FAIRE 1 2 8 TEST 1 2 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
915	Dans le cadre des visites prénatales, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du virus du sida ?	OUI 1 NON 2	
916	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du virus du sida dans le cadre de vos soins prénatals ?	OUI 1 NON 2	→ 920
917	Où le test a-t-il été fait ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, MIXTE OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ GOUVT 12 CENTRE CDV INDÉPENDANT 13 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL 14 CLINIQUE MOBILE 15 AGENT DE SANTÉ 16 AUTRE SECTEUR PUBLIC 17 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ MÉDECIN PRIVÉ 21 CENTRE CDV INDÉPENDANT 22 PHARMACIE 23 CLINIQUE MOBILE 24 AGENT DE SANTÉ 25 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 26 (PRÉCISEZ) SECTEUR MIXTE HÔPITAL MIXTE 31 CENTRE DE SANTÉ 32 CENTRE CDV INDÉPENDANT 33 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL 34 CLINIQUE MOBILE 35 AGENT DE SANTÉ 36 AUTRE SECTEUR MIXTE 37 (PRÉCISEZ) AUTRE 96 (PRÉCISER)	
918	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	→ 924
919	Toutes les femmes sont censées recevoir des conseils après avoir effectué le test. Après avoir effectué votre test, avez-vous reçu des conseils ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 924
920	VÉRIFIEZ 434 POUR DERNIÈRE NAISSANCE : N'IMPORTE QUEL CODE <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> 21-43 ENCERCLÉ ↓		→ 926
921	Entre le moment où vous êtes arrivée pour accoucher et le moment où l'enfant est né, vous a-t-on proposé de faire un test du virus du sida ?	OUI 1 NON 2	
922	Je ne veux pas connaître les résultats mais vous a-t-on fait un test du virus du sida à ce moment-là ?	OUI 1 NON 2	→ 926
923	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	
924	Avez-vous effectué un test du virus du sida depuis le moment où vous avez fait un test durant votre grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 927
925	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS 95	→ 932

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
926	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous déjà fait un test pour savoir si vous avez le virus du sida ?	OUI 1 NON 2	→ 930
927	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS 95	
928	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	
929	Où le test a-t-il été fait ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, MIXTE OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ GOUVT 12 CENTRE CDV INDÉPENDANT 13 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL 14 CLINIQUE MOBILE 15 AGENT DE SANTÉ 16 AUTRE SECTEUR PUBLIC 17 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ MÉDECIN PRIVÉ 21 CENTRE CDV INDÉPENDANT 22 PHARMACIE 23 CLINIQUE MOBILE 24 AGENT DE SANTÉ 25 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 26 (PRÉCISEZ) SECTEUR MIXTE HÔPITAL MIXTE 31 CENTRE DE SANTÉ 32 CENTRE CDV INDÉPENDANT 33 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL 34 CLINIQUE MOBILE 35 AGENT DE SANTÉ 36 AUTRE SECTEUR MIXTE 37 (PRÉCISEZ) AUTRE 96 (PRÉCISER)	→ 932
930	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour faire un test du virus du sida ?	OUI 1 NON 2	→ 932
931	Où est-ce ? Pas d'autre endroit ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, MIXTE OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT/NOM DES ENDROITS)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT A CENTRE DE SANTÉ GOUVT B CENTRE CDV INDÉPENDANT C CLINIQUE PLANNING FAMILIAL D CLINIQUE MOBILE E AGENT DE SANTÉ F AUTRE SECTEUR PUBLIC G (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ MÉDECIN PRIVÉ H CENTRE CDV INDÉPENDANT I PHARMACIE J CLINIQUE MOBILE K AGENT DE SANTÉ L AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ M (PRÉCISEZ) SECTEUR MIXTE HÔPITAL MIXTE N CENTRE DE SANTÉ O CENTRE CDV INDÉPENDANT P CLINIQUE PLANNING FAMILIAL Q CLINIQUE MOBILE R AGENT DE SANTÉ S AUTRE SECTEUR MIXTE T (PRÉCISEZ) AUTRE X (PRÉCISER)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
932	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
933	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non ?	OUI, RESTE SECRET 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND 8	
934	Si un membre de votre famille tombait malade avec le sida, seriez-vous prête à prendre soin de lui/elle dans votre propre ménage ?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND 8	
935	Si une enseignante a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade, est-ce que, à votre avis, elle devrait être autorisée à continuer à enseigner à l'école ?	DEVRAIT ÊTRE AUTORISÉE 1 NE DEVRAIT PAS ÊTRE AUTORISÉE 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND 8	
936	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation de condoms pour éviter de contracter le sida ?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND 8	
937	VÉRIFIEZ 901 : A ENTENDU <input type="checkbox"/> PARLER DU SIDA ↓ Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ? N'A PAS ENTENDU <input type="checkbox"/> PARLER DU SIDA ↓ Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?	OUI 1 NON 2	
938	VÉRIFIEZ 613 : A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> ↓ N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> → 946		
939	VÉRIFIEZ 937 : A ENTENDU PARLER D'AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ? OUI <input type="checkbox"/> ↓ NON <input type="checkbox"/> → 941		
940	J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois. Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
941	Il arrive parfois que les femmes aient des pertes vaginales, anormales et malodorantes. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales anormales et malodorantes ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
942	Il arrive parfois que les femmes aient une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À	
943	VÉRIFIEZ 940, 941, ET 942 : A EU UNE INFECTION (AU MOINS UN 'OUI') <input type="checkbox"/> N'A PAS EU D'INFECTION OU NE SAIT PAS <input type="checkbox"/>		→ 946	
944	La dernière fois que vous avez eu (PROBLEME DÉCLARÉ À 940/941/942), avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?	OUI 1 NON 2	→ 946	
945	Où êtes-vous allée ? Pas d'autre endroit ? INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, MIXTE OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)	SECTEUR MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT . A CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE B SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ C CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE D CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... E CABINET MÉDECIN PRIVÉ F PHARMACIE G SECTEUR MÉDICAL MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE H CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE I CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... J SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL CLINIQUE MOBILE K AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR ... L SAGE-FEMME/MATRONE AVEC BOÎTE M AUTRE SOURCE NON MÉDICALE BOUTIQUE/ MARCHÉ N BAR O DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE ... P ÉCOLE Q PARENT(E)S/ AMI(E)S R AUTRE X (PRÉCISER)		
946	Si une femme sait que son mari est atteint d'une maladie qu'elle peut contracter au cours de rapports sexuels, pensez-vous qu'il est justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent des condoms quand ils ont des rapports sexuels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
947	Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a des relations sexuelles avec d'autres femmes ? (5)	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
948	VÉRIFIEZ 601 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 1001	
949	Pouvez-vous refuser d'avoir des rapports sexuels avec votre mari/partenaire quand vous ne souhaitez pas en avoir ?	OUI 1 NON 2 CELA DÉPEND/PAS SÛRE 8		
950	Pourriez-vous demander à votre mari/partenaire d'utiliser un condom si vous vouliez qu'il en utilise un ?	OUI 1 NON 2 CELA DÉPEND/PAS SÛRE 8		

SECTION 10. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À															
1001	Je voudrais maintenant vous poser d'autres questions concernant des problèmes de santé. Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on fait une injection pour une raison quelconque ? SI OUI : Combien d'injections avez-vous eu ? SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST 90 OU PLUS, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTREZ '90'. SI LA RÉPONSE EST NON-NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 1004															
1002	Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou un autre prestataire de santé ? SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST 90 OU PLUS, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTREZ '90'. SI LA RÉPONSE EST NON-NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 1004															
1003	La dernière fois que vous avez eu une injection effectuée par un prestataire de santé, est-ce qu'il/elle a pris la seringue et l'aiguille d'un emballage neuf qui n'avait pas été ouvert ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																
1004	Fumez-vous actuellement des cigarettes ?	OUI 1 NON 2	→ 1006															
1005	Au cours des dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumé ?	NOMBRE DE CIGARETTES <input type="text"/> <input type="text"/>																
1006	Actuellement, est-ce que vous fumez ou utilisez un autre type de tabac ?	OUI 1 NON 2	→ 1008															
1007	Quel (autre) type de tabac fumez-vous ou utilisez-vous ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PIPE A TABAC À MACHER B TABAC À PRISER C AUTRE X (PRÉCISEZ)																
1008	Vous arrive-t-il de boire de l'alcool ? SI OUI: Buvez-vous de l'alcool tous les jours, de temps en temps ou rarement?	TOUS LES JOURS 1 DE TEMPS EN TEMPS 2 RAREMENT 3 NON (JAMAIS) 4	→ 1010															
1009	Quel type d'alcool buvez-vous? Quel autre type d'alcool buvez-vous? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	BIÈRE A TAFIA/CLAIRIN B RHUM C VIN D AUTRE X																
1010	Il peut arriver que, pour différentes raisons, les femmes aient des difficultés pour obtenir un avis médical ou se faire soigner. Quand vous êtes malade et que vous voulez un avis médical ou un traitement, est-ce que chacune des raisons suivantes constitue, pour vous, un problème important ou non ? Obtenir la permission d'aller voir un médecin ? Obtenir l'argent nécessaire pour le conseil ou le traitement ? La distance pour atteindre l'établissement de santé ? Ne pas vouloir y aller seule ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">PROBLÈME IMPOR- TANT</th> <th style="text-align: center;">PAS PRO- BLÈME IMPOR- TANT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PERMISSION D'ALLER</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>OBTENIR L'ARGENT ...</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>DISTANCE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Y ALLER SEULE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		PROBLÈME IMPOR- TANT	PAS PRO- BLÈME IMPOR- TANT	PERMISSION D'ALLER	1	2	OBTENIR L'ARGENT ...	1	2	DISTANCE	1	2	Y ALLER SEULE	1	2	
	PROBLÈME IMPOR- TANT	PAS PRO- BLÈME IMPOR- TANT																
PERMISSION D'ALLER	1	2																
OBTENIR L'ARGENT ...	1	2																
DISTANCE	1	2																
Y ALLER SEULE	1	2																
1011	Êtes-vous couverte par une assurance médicale ?	OUI 1 NON 2																

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1012	Savez-vous comment déclarer la naissance d'un enfant à l'état civil?	OUI 1 NON 2	
1013	Une femme peut parfois avoir des écoulements constants d'urine ou d'excréments à partir de son vagin. Ce problème survient généralement après un accouchement difficile, un viol ou une opération chirurgicale pelvienne. Avez-vous déjà eu un écoulement constant d'urine ou d'excréments à partir de votre vagin?	OUI 1 NON 2	→ 1100
1014	Avez-vous entendu parler de ce genre de problème, je veux dire d'une femme qui a des écoulements constants d'urine ou d'excréments à partir de son vagin?	OUI 1 NON 2	→ 1100
1015	Est-ce que vous connaissez personnellement une femme qui a ou qui a eu ce problème ?	OUI 1 NON 2	

SECTION 11 . VIOLENCE DOMESTIQUE ET SEXUELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																																			
1100	VÉRIFIEZ LA COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE FEMME SÉLECTIONNÉE <input type="checkbox"/> POUR CETTE SECTION NON SÉLECTIONNÉE <input type="checkbox"/>		1146																																			
1101	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES : NE PAS CONTINUEZ TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS CERTAINE D'ÊTRE EN PRIVÉ. VOUS ÊTES EN PRIVÉ 1 IMPOSSIBLE D'ÊTRE EN PRIVÉ 2		1145																																			
	LISEZ À L'ENQUÊTÉE : Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions concernant certains autres aspects importants de la vie d'une femme. Vous allez trouver certaines de ces questions très personnelles. Cependant, vos réponses sont très importantes pour nous aider à connaître la condition des femmes au [PAYS]. Je vous garantis que vos réponses resteront complètement confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. Je tiens aussi à vous assurer que personne d'autre que vous dans votre ménage ne saura que l'on vous a posé ces questions.																																					
1102	VÉRIFIEZ 601, 601B ET 602 : ACTUELLEMENT EN UNION/ VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> PRÉCÉDEMMENT EN UNION/ A VÉCU AVEC UN HOMME (LISEZ AU PASSÉ ET UTILISEZ "DERNIER" AVEC MARI/PARTENAIRE) <input type="checkbox"/> JAMAIS EN UNION/ JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>		1116																																			
1103	Tout d'abord, je vais vous poser des questions sur des situations auxquelles certaines femmes sont confrontées. Dites-moi, s'il vous plaît, si les situations suivantes s'appliquent à vos relations avec votre (dernier) mari/partenaire ? a) Il (est/était) jaloux ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres hommes ? b) Il vous (accuse/accusait)souvent d'être infidèle ? c) Il ne vous (permet/permettait) pas de voir vos amies ? d) Il (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille ? e) Il (insiste /insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>JALOUX</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ACCUSE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>VOIR AMIES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>VOIR FAMILLE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>OÙ VOUS ÊTES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	JALOUX	1	2	8	ACCUSE	1	2	8	VOIR AMIES	1	2	8	VOIR FAMILLE	1	2	8	OÙ VOUS ÊTES	1	2	8												
	OUI	NON	NSP																																			
JALOUX	1	2	8																																			
ACCUSE	1	2	8																																			
VOIR AMIES	1	2	8																																			
VOIR FAMILLE	1	2	8																																			
OÙ VOUS ÊTES	1	2	8																																			
1104	Maintenant, je voudrais vous poser d'autres questions sur vos relations avec votre (dernier) mari/partenaire. A Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari/partenaire : a) Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes ? b) Vous menace de vous blesser ou de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche ? c) Vous insulte ou vous rabaisse ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th>SOUVENT</th> <th>TEMPS EN TEMPS</th> <th>PAS DANS 12 DERNIERS MOIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b) OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c) OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	TEMPS EN TEMPS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS	a) OUI	1 →	1	2	3	NON	2 ↓				b) OUI	1 →	1	2	3	NON	2 ↓				c) OUI	1 →	1	2	3	NON	2 ↓				
	DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	TEMPS EN TEMPS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS																																		
a) OUI	1 →	1	2	3																																		
NON	2 ↓																																					
b) OUI	1 →	1	2	3																																		
NON	2 ↓																																					
c) OUI	1 →	1	2	3																																		
NON	2 ↓																																					

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																																																																	
1105	<p>A Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari/partenaire vous ait fait l'une des choses suivantes :</p> <p>a) vous bouscule, secoue ou vous jette quelque chose ?</p> <p>b) vous gifle ?</p> <p>c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?</p> <p>d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?</p> <p>e) vous donne des coups de pieds, vous traîne par terre ou vous batte ?</p> <p>f) essaye de vous étrangler ou de vous brûler avec l'intention de le faire ?</p> <p>g) vous menace ou vous attaque avec un couteau, un fusil ou une autre arme ?</p> <p>h) vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas ?</p> <p>i) vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</p> <p>j) vous force en vous menaçant ou d'une autre manière à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</p>	<p>B Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th>SOUVENT</th> <th>TEMPS EN TEMPS</th> <th>PAS DANS 12 DERNIERS MOIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	TEMPS EN TEMPS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS	OUI	1 →	1	2	3	NON	2 ↓				OUI	1 →	1	2	3	NON	2 ↓				OUI	1 →	1	2	3	NON	2 ↓				OUI	1 →	1	2	3	NON	2 ↓				OUI	1 →	1	2	3	NON	2 ↓				OUI	1 →	1	2	3	NON	2 ↓				
	DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	TEMPS EN TEMPS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS																																																																
OUI	1 →	1	2	3																																																																
NON	2 ↓																																																																			
OUI	1 →	1	2	3																																																																
NON	2 ↓																																																																			
OUI	1 →	1	2	3																																																																
NON	2 ↓																																																																			
OUI	1 →	1	2	3																																																																
NON	2 ↓																																																																			
OUI	1 →	1	2	3																																																																
NON	2 ↓																																																																			
OUI	1 →	1	2	3																																																																
NON	2 ↓																																																																			
1106	<p>VÉRIFIEZ 1105A (a-j) :</p> <p>AU MOINS UN <input type="checkbox"/> PAS UN SEUL <input type="checkbox"/></p> <p>'OUI' 'OUI'</p>		→ 1109																																																																	
1107	<p>Combien de temps après votre mariage/après avoir commencé à vivre avec (dernier) mari/partenaire, cet acte s'est-il produit ou ces actes se sont-ils produits pour la première fois ?</p> <p>SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00'.</p>	<p>NOMBRE D'ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AVANT MARIAGE/AVANT VIVRE ENSEMBLE 95</p>																																																																		
1108	<p>Est-ce qu'à la suite d'actes commis envers vous par votre (dernier) mari/partenaire, il vous est arrivé d'avoir :</p> <p>a) des coupures, des hématomes ou des douleurs ?</p> <p>b) des hématomes aux yeux, des entorses, des luxations ou des des brûlures ?</p> <p>c) des blessures profondes, des os cassés, des dents cassées ou d'autres blessures graves ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>																																																																		
1109	<p>Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de battre, de gifler, de donner des coups de pied ou de faire quelque chose d'autre avec l'intention de blesser physiquement votre (dernier) mari/partenaire alors qu'il ne vous battait pas et ne vous faisait pas de mal physiquement ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1111																																																																	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1118	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-il arrivé que cette personne/ces personnes vous agresse (vous agressent) physiquement : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?	SOUVENT 1 DE TEMPS EN TEMPS 2 PAS DU TOUT 3	
1119	VÉRIFIEZ 201, 226 ET 230 : A DÉJÀ ÉTÉ ENCEINTE <input type="checkbox"/> OUI À 201 OU 226 OU 230) ↓ N'A JAMAIS ÉTÉ ENCEINTE <input type="checkbox"/> → 1127		
1120	Est-ce qu'il est arrivé que quelqu'un vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose d'autre pour vous faire mal physiquement alors que vous étiez enceinte ?	OUI 1 NON 2	→ 1127
1121	Qui a agi ainsi pour vous faire mal physiquement pendant que vous étiez enceinte ? Quelqu'un d'autre ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MARI/PARTENAIRE ACTUEL A ANCIEN MARI/PARTENAIRE B MÈRE C FEMME/PARTENAIRE DU PÈRE D PÈRE E MARI/PARTENAIRE DE LA MÈRE F SOEUR/FRÈRE G FILLE/FILS H TANTE/ONCLE I GRAND PARENTS J AUTRE PARENT K PETIT AMI ACTUEL L PETIT AMI PRÉCÉDENT M BELLE-MÈRE N BEAU-PÈRE O AUTRE BEAU-PARENT P ENSEIGNANT Q EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL .. R FORCES DE L' ORDRE S PRÊTRE/RELIGIEU) T INCONNU DANS LA RUE U AUTRE X	
1127	VÉRIFIEZ 601 ET 602 : A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> ↓ Je voudrais maintenant vous parler d'autres personnes que de votre mari/partenaire actuel. Est ce qu'il est déjà arrivé que quelqu'un vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas ?	JAMAIS MARIÉE/JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> ↓ Est ce qu'il est déjà arrivé que quelqu'un vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas ?	OUI 1 NON 2 REFUS 3
1128	Est ce qu'il est déjà arrivé que quelqu'un vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	Est ce qu'il est déjà arrivé que quelqu'un vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	OUI 1 NON 2 REFUS 3

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1129	<p>Est ce qu'il est déjà arrivé que quelqu'un vous force en vous menaçant ou d'une autre manière à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</p> <p>Est ce qu'il déjà est arrivé que quelqu'un vous force en vous menaçant ou d'une autre manière à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>REFUS 3</p>	
1130	<p>VÉRIFIEZ 1127, 1128 ET 1129 :</p> <p>AU MOINS UN <input type="checkbox"/> PAS UN SEUL <input type="checkbox"/></p> <p>OUI' ↓ OUI' →</p>		1137
1131	Est-ce cela vous est arrivé avant le tremblement de terre?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	1133
1132	Combien des fois cela vous est-il arrivé avant le tremblement de terre?	<p>NOMBRE DES FOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p> <p>PAS DE REPONSE 99</p>	
1133	Est-ce cela vous est arrivé après le tremblement de terre?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	1137
1134	Combien des fois cela vous est-il arrivé après le tremblement de terre?	<p>NOMBRE DES FOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>REFUS 95</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
1135	<p>Pensez à la dernière fois que cela vous est arrivé après le tremblement de terre.</p> <p>Qui vous a fait cela la dernière fois?</p>	<p>MILITAIRE A</p> <p>POLICE B</p> <p>PERSONNEL MEDICAL LOCAL C</p> <p>PERSONNEL MEDICAL ETRANGER D</p> <p>PERSONNEL HUMANITAIRE E</p> <p>ETRANGER F</p> <p>RELIGIEUX G</p> <p>VOISIN/MEMBRE DE LA COMMUNAUTE H</p> <p>MEMBRE DE FAMILLE I</p> <p>AUTRE _____ K</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS X</p> <p>PAS DE REPONSE Y</p>	
1136	Où cela s'est-il passé la dernière fois: dans un camp d'hébergement ou ailleurs?	<p>CAMP OU SES ABORDS 1</p> <p>AILLEURS 2</p>	
1137	<p>VÉRIFIEZ 1105 (h-j), 1127, 1128, et 1129</p> <p>AU MOINS UN <input type="checkbox"/> PAS UN SEUL <input type="checkbox"/></p> <p>OUI' ↓ OUI' →</p>		1139
1138	Quel âge aviez-vous la première fois que l'on vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
1139	<p>VÉRIFIEZ 1105A (a-j), 1115, 1116, 1120, 1127, 1128 ET 1129 :</p> <p>AU MOINS UN <input type="checkbox"/> PAS UN SEUL <input type="checkbox"/></p> <p>OUI' ↓ OUI' →</p>		1143

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																
1140	Pensez à ce qui vous est arrivé parmi les choses dont nous venons de parler. Vous est-il arrivé de rechercher de l'aide ?	OUI 1 NON 2	→ 1142																
1141	Auprès de qui avez-vous recherché de l'aide ? Personne d'autre ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROPRE FAMILLE A FAMILLE DU MARI/PARTENAIRE B MARI/PARTENAIRE ACTUEL/ANCIEN C PETIT AMI ACTUEL /ANCIEN D AMI E VOISIN F RELIGIEUX G MÉDECIN/PERSONNEL SANTÉ H FORCES DE L'ORDRE HOMME DE LOI J ASSOCIATION/ONG K SERVICE SOCIAL/CENTRE SOCIAL/ CELLULE D' 'ECOUTE L AUTRE X																	
1142	Avez-vous parlé de cela à quelqu'un ?	OUI 1 NON 2																	
1143	Pour autant que vous le sachiez, est-ce que votre père battait votre mère ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																	
REMERCIEZ L'ENQUÊTÉE DE SA COOPÉRATION ET RÉAFFIRMEZ-LUI QUE SES RÉPONSES RESTERONT CONFIDENTIELLES. COMPLÉTEZ LES QUESTIONS CI-DESSOUS CONCERNANT LE MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE SEULEMENT.																			
1144	AVEZ-VOUS DÛ INTERROMPRE L'INTERVIEW PARCE QU'UN ADULTE A ESSAYÉ D'ÉCOUTER, EST VENU DANS LA PIÈCE OU A ESSAYÉ D'INTERVENIR D'UNE AUTRE MANIÈRE ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI 1 FOIS</th> <th>OUI, PLUS D'UNE FOIS</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MARI</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRE HOMME ADULTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>FEMME ADULTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		OUI 1 FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON	MARI	1	2	3	AUTRE HOMME ADULTE	1	2	3	FEMME ADULTE	1	2	3	
	OUI 1 FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON																
MARI	1	2	3																
AUTRE HOMME ADULTE	1	2	3																
FEMME ADULTE	1	2	3																
1145	COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE / SI L'ENQUÊTE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE N'A PU ÊTRE MENÉE, DONNEZ LES RAISONS. _____ _____																		
1146	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MINUTES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																	

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES CONCERNANT L'ENQUÊTÉE

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES

AUTRES COMMENTAIRES

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'EQUIPE : _____ DATE : _____

OBSERVATION DE LA CONTRÔLEUSE

NOM DE LA CONTRÔLEUSE : _____ DATE : _____

ENQUETE MORTALITE, MORBIDITE ET UTILISATION DES SERVICES (EMMUS-V)

Haitian Creole

QUESTIONNAIRE HOMME

English

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ
PUBLIQUE ET DE LA POPULATION**

INSTITUT HAÏTIEN DE L'ENFANCE

IDENTIFICATION																																				
NOM DE LA LOCALITÉ _____	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">GRAPPE</td> <td style="width:50%; text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>MENAGE</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>DEPARTEMENT</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>URBAIN/RURAL</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>CAMP</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>RESIDENCE</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>NUMERO</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr> </table> </td> </tr> </table>	GRAPPE	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr> </table>				MENAGE	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr> </table>				DEPARTEMENT	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr> </table>				URBAIN/RURAL	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr> </table>				CAMP	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr> </table>				RESIDENCE	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr> </table>				NUMERO	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr> </table>			
GRAPPE		<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr> </table>																																		
MENAGE		<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr> </table>																																		
DEPARTEMENT		<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr> </table>																																		
URBAIN/RURAL		<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr> </table>																																		
CAMP	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr> </table>																																			
RESIDENCE	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr> </table>																																			
NUMERO	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr> </table>																																			
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																																				
NUMÉRO DE GRAPPE																																				
NUMÉRO DU MÉNAGE																																				
DÉPARTEMENT																																				
MILIEU (URBAIN=1, RURAL=2)																																				
CAMP (OUI =1, NON =2)																																				
AIRE MÉTROPOLITAINE, CAP HAÏTEN, GONAÏVES, LES CAYES, AUTRES VILLES, RURAL Aire Métropolitaine = 1; Cap Haïtien = 2, Gonaïves = 3, Les Cayes = 4, Autres Villes =5, Rural = 6)																																				
NUMÉRO DE LIGNE DE L'HOMME																																				

VISITES D'ENQUÊTEURS							
	1	2	3	VISITE FINALE			
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr> </table>			
NOM DE L'ENQUÊTEUR	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr> </table>			
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	ANNÉE <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr> </table>			
PROCHAINE DATE VISITE:	_____	_____		CODE ENQU. <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr> </table>			
HEURE	_____	_____		RÉSULTAT <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr> </table>			
				NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr> </table>			

*CODES RÉSULTAT:

1 REMPLI	4 REFUSÉ	9 AUTRE _____ (PRÉCISER)
2 PAS À LA MAISON	5 REMPLI PARTIELLEMENT	
3 DIFFÉRÉ	6 INCAPACITÉ	

CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLEUSE	CONTROLE BUREAU	SAISI PAR												
NOM _____ <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr> </table>				NOM _____ <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr> </table>				<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr> </table>				<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr> </table>			

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

001	VÉRIFIER LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, COLONNE (7) AGE AGE 15-17 <input type="checkbox"/> AGE 18 OU + <input type="checkbox"/> → 005	
002	VÉRIFIER LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, COLONNE (8) ETAT MATRIMONIAL JAMAIS EN UNION <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> → 005	
003 CONSENT ÉCLAIRÉ DU PARENT/PERSONNE EN CHARGE DU JEUNE		
TROUVEZ LE PÈRE/MERE/PERSONNE RESPONSIBLE DU JEUNE. ÉCRIREZ SON NOM ET SON NUMÉRO DE LIGNE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE. SI LE JEUNE VIT SEUL OU SANS ADULTES, ECRIVEZ UNE NOTE EN BAS DE PAGE ET PASSEZ À Q. 005		NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT/GARDIEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOM
Bonjour. Je m'appelle _____. Je travaille pour l'Institut Haïtien de l'Enfance. Nous effectuons une enquête nationale sur la santé. Cette enquête menée pour le compte du MSPP, vise à mieux connaître la situation de santé de la population haïtienne. Dans le cadre de cette enquête, j'aimerais poser à (NOM DU JEUNE) quelques questions qui aideront le gouvernement à améliorer les services de santé. Les questions prennent habituellement environ 20 minutes. Toutes les informations que (NOM DU JEUNE) nous donnera sont strictement confidentielles. Ces informations ne seront transmises à personne d'autres que les membres de l'équipe d'enquête qui sont tenus de ne pas divulguer les informations recueillies auprès des interviewés. (NOM DU JEUNE) ne court aucun risque en participant à cette enquête. (NOM DU JEUNE) n'est pas obligé de participer à cette enquête, et il n'y a aucune pénalité si vous refusez que ((NOM DU JEUNE) y participe. Mais, nous espérons que vous autoriserez (NOM DU JEUNE) d'y participer, car sa participation est très importante pour la réussite de l'étude. Avez-vous des questions au sujet de l'enquête? M'autorisez-vous à parler à (NOM DU JEUNE) maintenant?		PARENT/GARDIEN ACCEPTE QUE LE JEUNE SOIT ENQUÊTÉ ... 1 PARENT/GARDIEN N'ACCEPTE PAS QUE LE JEUNE SOIT ENQUÊTÉ ... 2 → FIN _____ SIGNATURE DE L'ENQUÊTEUR
004 CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU JEUNE		
Bonjour. Je m'appelle _____. Je travaille pour l'Institut Haïtien de l'Enfance. Nous effectuons une enquête nationale sur la santé. Cette enquête menée pour le compte du MSPP, vise à mieux connaître la situation de santé de la population haïtienne. Dans le cadre de cette enquête, j'aimerais vous poser quelques questions qui aideront le gouvernement à améliorer les services de santé. Les questions prennent habituellement environ 20 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles. Ces informations ne seront transmises à personne d'autres que les membres de l'équipe d'enquête qui sont tenus de ne pas divulguer les informations recueillies auprès des interviewés. Vous ne courez aucun risque en participant à cette enquête. Vous n'êtes pas obligé de participer à cette enquête, et il n'y a aucune pénalité si vous refusez d'y participer. Mais, nous espérons que vous accepterez d'y participer, car votre participation est très importante pour la réussite de l'étude. Avez-vous des questions au sujet de l'enquête? Puis-je commencer l'interview maintenant?		LE JEUNE ACCEPTE D'ÊTRE INTERVIEWÉ 1 → 101 LE JEUNE N'ACCEPTE PAS D'ÊTRE ... 2 → FIN _____ SIGNATURE DE L'ENQUÊTEUR
005 CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DE L'ADULTE		
Bonjour. Je m'appelle _____. Je travaille pour l'Institut Haïtien de l'Enfance. Nous effectuons une enquête nationale sur la santé. Cette enquête menée pour le compte du MSPP, vise à mieux connaître la situation de santé de la population haïtienne. Dans le cadre de cette enquête, j'aimerais vous poser quelques questions qui aideront le gouvernement à améliorer les services de santé. Les questions prennent habituellement environ 20 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles. Ces informations ne seront transmises à personne d'autres que les membres de l'équipe d'enquête qui sont tenus de ne pas divulguer les informations recueillies auprès des interviewés. Vous ne courez aucun risque en participant à cette enquête. Vous n'êtes pas obligé de participer à cette enquête, et il n'y a aucune pénalité si vous refusez d'y participer. Mais, nous espérons que vous accepterez d'y participer, car votre participation est très importante pour la réussite de l'étude. Avez-vous des questions au sujet de l'enquête? Puis-je commencer l'interview maintenant?		L'ADULTE ACCEPTE D'ÊTRE INTERVIEWÉ 1 → 101 L'ADULTE N'ACCEPTE PAS D'ÊTRE ... 2 → FIN _____ SIGNATURE DE L'ENQUÊTEUR

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
108	Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase. MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉ SI L'ENQUÊTÉ NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ : Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT 1 PEUT SEULEMENT LIRE DES PARTIES DE LA PHRASE 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DE L'ENQUÊTÉ 4 (PRÉCISEZ LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE ... 5	
109	VÉRIFIEZ 108 : CODE '2', '3' OU '4' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓	CODE '1' OU '5' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	→ 111
110	Lisez-vous un journal ou un magazine pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR ... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 3 PAS DU TOUT 4	
111	Écoutez-vous la radio pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR ... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 3 PAS DU TOUT 4	
112	Regardez-vous la télévision pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR ... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 3 PAS DU TOUT 4	
113	Quelle est votre religion ?	CATHOLIQUE 1 PROTESTANT/MÉTHODISTE/ ADVENTISTE/TÉMOIN DE JÉHOVA 2 VAUDOUSANT 3 PAS DE RELIGION 4 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	
115	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous dormi ailleurs que chez vous pour une ou plusieurs nuits ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 117
116	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été absent de chez vous pendant plus d'un mois d'affilée ?	OUI 1 NON 2	
117	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des sept derniers jours ?	OUI 1 NON 2	→ 120
118	Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des sept derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter pour congé, maladie, vacances, ou pour une autre raison ?	OUI 1 NON 2	→ 120
119	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	→ 123
120	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
121	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE ... 2 DE TEMPS EN TEMPS 3	
122	Êtes-vous payé en argent ou en nature pour ce travail ou n'êtes-vous pas payé du tout ?	ARGENT SEULEMENT 1 ARGENT ET NATURE 2 NATURE SEULEMENT 3 PAS PAYÉ 4	
123	VÉRIFIEZ COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE: CAMP: NON <input type="checkbox"/> CAMP: OUI <input type="checkbox"/>		→ 201
124	Depuis le tremblement de terre avez-vous vécu à n'importe quel moment dans un camp ?	OUI 1 NON 2	

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À								
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur tous les enfants que vous avez eus durant votre vie. Je m'intéresse à tous vos enfants biologiques, même s'ils ne sont pas légalement les vôtres ou s'ils ne portent pas votre nom. Avez-vous ou avez-vous eu des enfants?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 206								
202	Avez-vous des fils ou des filles dont vous êtes le père et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 204								
203	Combien de fils vivent avec vous ? Et combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	FILS À 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> FILLES À 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 des fils ou filles dont vous êtes le père qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 206								
205	Combien de fils sont vivants mais qui ne vivent pas avec vous ? Combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	FILS AILLEURS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 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 eu une fille ou un garçon qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON, INSISTEZ : aucun bébé qui a crié ou montré un signe de vie mais qui n'a pas survécu ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 208								
207	Combien de garçons sont décédés ? Combien de filles sont décédées ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES DÉCÉDÉES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL DES ENFANTS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIEZ 208 : A EU PLUS D'UN ENFANT <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> A EU SEULEMENT UN ENFANT <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> N'A EU AUCUN ENFANT <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table>					→ 212 → 213					
210	Est-ce que tous les enfants dont vous êtes le père ont tous la même mère biologique ?	OUI 1 NON 2	→ 212								
211	En tout, avec combien de femmes avez-vous eu des enfants ?	NOMBRE DE FEMMES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
212	Quel âge aviez-vous quand est né votre (premier) enfant ?	ÂGE EN ANNÉES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
213	VÉRIFIEZ 203 ET 205 : A DES ENFANTS VIVANTS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> PAS D'ENFANT VIVANT <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et que vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ? Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien en voudriez-vous ? INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE			AUCUN 00 NOMBRE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AUTRE 96 (PRÉCISEZ)			→ 301 → 301				
214	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?	GARÇON FILLE N'IMPORTE NOMBRE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> AUTRE 96 (PRÉCISEZ)									

SECTION 3. UNION ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																
301	Êtes-vous actuellement marié ou vivez-vous avec une femme comme si vous étiez marié ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉ 1 OUI, ACTUELLEMENT PLACÉ 2 OUI, ACTUELLEMENT VIVAVEK ... 3 OUI, VIT AVEC UN HOMME 4 NON, PAS EN UNION 5	→ 304																
302	Avez-vous déjà été marié ou avez-vous déjà vécu avec une femme comme si vous étiez marié ?	OUI, A ÉTÉ DÉJÀ MARIÉ/ PLACÉ/VIVAVEK 1 OUI, A VÉCU AVEC UNE FEMME 2 NON 3	→ 313																
303	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuf, divorcé ou séparé ?	VEUF 1 DIVORCÉ 2 SÉPARÉ 3	→ 310																
304	Est-ce que votre (épouse/partenaire) vit actuellement avec vous ou vit-elle ailleurs ?	VIT AVEC LUI 1 VIT AILLEURS 2																	
305	Avez-vous d'autres épouses ou vivez-vous avec d'autres femmes comme si vous étiez marié ?	OUI (PLUS D'UNE) 1 NON (SEULEMENT UNE) 2	→ 307																
306	En tout, combien avez-vous d'épouses ou de femmes avec qui vous vivez comme si vous étiez marié ?	NOMBRE TOTAL D'ÉPOUSES ET DE FEMMES AVEC QUI ... <input type="text"/> <input type="text"/> IL VIT COMME MARIÉ																	
307	<p>VÉRIFIEZ 305 :</p> <p>UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/></p> <p>Pouvez-vous me donner le nom de (votre épouse/ femme avec qui vous vivez comme si vous étiez marié) ?</p> <p>PLUS D'UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/></p> <p>Pouvez-vous me donner le nom de chacune de vos épouses ou de chacune des femmes avec qui vous vivez comme si vous étiez marié ?</p> <p>ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE POUR CHACUNE DES ÉPOUSES ET FEMMES AVEC QUI IL VIT COMME S'IL ÉTAIT MARIÉ.</p> <p>SI UNE FEMME N'EST PAS LISTÉE DANS LE MÉNAGE, INSCRIVEZ '00'.</p> <p>POSEZ 308 POUR CHAQUE PERSONNE.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NOM</th> <th>N° DE LIGNE</th> <th>ÂGE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	NOM	N° DE LIGNE	ÂGE	_____	<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"/>	<p>308 Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?</p>	
NOM	N° DE LIGNE	ÂGE																	
_____	<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"/>																	
309	<p>VÉRIFIEZ 307 :</p> <p>UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS D'UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/></p>		→ 311A																
310	Avez-vous été marié ou avez-vous vécu avec une femme seulement une fois ou plus d'une fois ?	SEULEMENT UNE FOIS 1 PLUS D'UNE FOIS 2	→ 311A																

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
311	En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (épouse/partenaire) ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
311A	Je voudrais maintenant vous poser une question sur votre première (épouse/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec elle ?	NE SAIT PAS MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ANNÉE 9998	→ 313
312	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec elle pour la première fois ?	ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/>	
313	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
314	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains aspects importants de la vie. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels ?	N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS 00 ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> 1 ^{ère} FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIÈRE) FEMME/PARTENAIRE 95	→ 338
315	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Je voudrais vous assurer de nouveau que toutes vos réponses sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante.		
316	Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la <u>dernière</u> fois ? S'IL Y A MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS. S'IL Y A 12 MOIS (UN AN) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	IL Y A JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A SEMAINES ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 330

		DERNIÈRE PARTENAIRE SEXUELLE	AVANT-DERNIÈRE PART. SEXUELLE	AVANT-AVANT DERNIÈRE PART. SEXUELLE
317	Quand avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne pour la dernière fois ?		IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
318	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (2nde/3è) personne, un préservatif a-t-il été utilisé ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 320) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 320) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 320) ←
319	Un préservatif a-t-il été utilisé chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
320	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ? SI "RENMEM", "VIVAVEK", "FIANCÉE" OU "AMIE", DEMANDER: Viviez-vous ensemble comme si vous étiez marié ? SI OUI, ENCERCLEZ '1'. SI NON, ENCERCLEZ '2'.	EPOUSE/PLACÉ/VIVAK/ PARTENAIRE VIVANT AVEC LÉNQUÉTÉ 1 PARTENAIRE/ FIANCÉE AMIE NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ ... 2 RENCONTRE OCCASIONNELLE 3 PROSTITUÉ/CLIENT 4 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 323) ←	EPOUSE/PLACÉ/VIVAK/ PARTENAIRE VIVANT AVEC LÉNQUÉTÉ 1 PARTENAIRE/ FIANCÉE AMIE NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ ... 2 RENCONTRE OCCASIONNELLE 3 PROSTITUÉ/CLIENT 4 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 323) ←	EPOUSE/PLACÉ/VIVAK/ PARTENAIRE VIVANT AVEC LÉNQUÉTÉ 1 PARTENAIRE/ FIANCÉE AMIE NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ ... 2 RENCONTRE OCCASIONNELLE 3 PROSTITUÉ/CLIENT 4 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 323) ←
321	VÉRIFIEZ 310 :	MARIÉ MARIÉ PLUS UNE D'UNE SEULE FOIS OU <input type="text"/> FOIS 310 NON POSÉ <input type="text"/> (PASSEZ À 323) ←	MARIÉ MARIÉ PLUS UNE D'UNE SEULE FOIS OU <input type="text"/> FOIS 310 NON POSÉ <input type="text"/> (PASSEZ À 323) ←	MARIÉ MARIÉ PLUS UNE D'UNE SEULE FOIS OU <input type="text"/> FOIS 310 NON POSÉ <input type="text"/> (PASSEZ À 323) ←
322	VÉRIFIEZ 314 :	1 ^{re} FOIS QUAND IL A COMMENCÉ À VIVRE AUTRE AVEC 1 ^{re} FEMME <input type="text"/> (PASSEZ À 324) ↓	1 ^{re} FOIS QUAND IL A COMMENCÉ À VIVRE AUTRE AVEC 1 ^{re} FEMME <input type="text"/> (PASSEZ À 324) ↓	1 ^{re} FOIS QUAND IL A COMMENCÉ À VIVRE AUTRE AVEC 1 ^{re} FEMME <input type="text"/> (PASSEZ À 324) ↓
323	Il y a combien de temps que vous avez eu vos premiers rapports sexuels avec cette (seconde/troisième) personne ?	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>
324	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne ? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NBRE EST 95 OU +, INSCRIVEZ '95'	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>
325	Quel âge a cette personne ?	ÂGE DE LA PERSONNE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	ÂGE DE LA PERSONNE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	ÂGE DE LA PERSONNE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
326	À part (cette personne/ces 2 personnes), avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 (RETOURNEZ À 317) ← À COL. SUIVANTE) NON 2 (PASSEZ À 328) ←	OUI 1 (RETOURNEZ À 317) ← À COL. SUIVANTE) NON 2 (PASSEZ À 328) ←	
327	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NBRE EST 95 OU +, INSCRIVEZ '95'			NOMBRE DE PARTENAIRES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 98

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
328	VÉRIFIEZ 320 (TOUTES LES COLONNES) : AU MOINS UNE PARTENAIRE EST UNE PROSTITUÉE <input type="checkbox"/>	AUCUNE PARTENAIRE N'EST UNE PROSTITUÉE <input type="checkbox"/>	→ 330
329	VÉRIFIEZ 320 ET 318 (TOUTES LES COLONNES) : PRÉSERVATIF UTILISÉ AVEC CHAQUE PROSTITUÉE <input type="checkbox"/>		→ 333
	AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 334
330	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous payé quelqu'un en échange de rapports sexuels ?	OUI 1 NON 2	→ 332
331	Avez-vous déjà payé quelqu'un en échange de rapports sexuels ?	OUI 1 NON 2	→ 334
332	La dernière fois que vous avez payé quelqu'un en échange de rapports sexuels, un préservatif a-t-il été utilisé ? (2)	OUI 1 NON 2	→ 334
333	Au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'un préservatif a été utilisé chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec quelqu'un que vous aviez payé ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
334	En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ? SI LA RÉPONSE EST NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE PARTENAIRE EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	NOMBRE DE PARTENAIRE SUR LA DURÉE DE VIE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
335	VÉRIFIEZ 318, PARTENAIRE LA PLUS RÉCENTE (PREMIÈRE COLONNE) : PRÉSERVATIF UTILISÉ <input type="checkbox"/>	PAS POSÉE <input type="checkbox"/>	→ 338
		PAS DE PRÉSERVATIF UTILISÉ <input type="checkbox"/>	→ 338
337	Où vous êtes-vous procuré le préservatif la dernière fois ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT . 11 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE 12 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE 22 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 23 CABINET MÉDECIN PRIVÉ 24 PHARMACIE 25 SECTEUR MÉDICAL MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE 31 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE 32 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 33 SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL CLINIQUE MOBILE 41 AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR ... 42 SAGE-FEMME/MATRONE AVEC BOÎTE 43 AUTRE SOURCE NON MÉDICALE BOUTIQUE/ MARCHÉ 51 BAR 52 DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE ... 53 ÉCOLE 54 PARENT(E)S/ AMI(E)S 55 AUTRE 96 (PRÉCISER)	→ 338A

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
338	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des préservatifs ?	OUI 1 NON 2	→ 401
338A	À part l'endroit que vous venez de citer, connaissez-vous d'autres endroits où une personne peut se procurer des		
339	<p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT . A CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE B</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ C CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE D CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... E CABINET MÉDECIN PRIVÉ F PHARMACIE G</p> <p>SECTEUR MÉDICAL MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE H CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE I CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... J</p> <p>SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL</p> <p>CLINIQUE MOBILE K AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR ... L SAGE-FEMME/MATRONE AVEC BOÎTE M</p> <p>AUTRE SOURCE NON MÉDICALE</p> <p>BOUTIQUE/ MARCHÉ N BAR O DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE ... P ÉCOLE Q PARENT(E)S/ AMI(E)S R AUTRE X _____ (PRÉCISER)</p>	
340	Est-ce que vous pouvez vous procurer des préservatifs si vous le souhaitez ?	OUI 1 NON 2	

SECTION 4. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
401	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée sida ?	OUI 1 NON 2	→ 423
402	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
403	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par les piqûres de moustiques ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
404	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant un préservatif au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
405	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne qui a le sida ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
406	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
407	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
408	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son enfant : Pendant la grossesse ? Au cours de l'accouchement ? Pendant l'allaitement ?	OUI NON NSP GROSSESSE. 1 2 8 ACCOUCHEMENT ... 1 2 8 ALLAITEMENT ... 1 2 8	
409	VÉRIFIEZ 408 : AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓	AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 411
410	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le virus pour réduire le risque de transmission à son enfant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
411	VÉRIFIEZ S'IL Y A D'AUTRE PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ.		
412	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous déjà fait un test pour savoir si vous avez le virus du sida ?	OUI 1 NON 2	→ 416
413	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y AMOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS 95	
414	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
419	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non ?	OUI, RESTE SECRET 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/CELA DÉPEND 8	
420	Si un membre de votre famille tombait malade avec le sida, seriez-vous prête à prendre soin de lui/elle dans votre propre ménage ?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/CELA DÉPEND 8	
421	Si une enseignante a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade, est-ce que, à votre avis, elle devrait être autorisée à continuer à enseigner à l'école ?	DEVRAIT ÊTRE AUTORISÉE 1 NE DEVRAIT PAS ÊTRE AUTORISÉE 2 NSP/PAS SÛR/CELA DÉPEND 8	
422	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation de préservatifs pour éviter de contracter le sida ?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/CELA DÉPEND 8	
423	VÉRIFIEZ 401 : A ENTENDU <input type="checkbox"/> PARLER DU SIDA ↓ Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?	N'A PAS ENTENDU <input type="checkbox"/> PARLER DU SIDA ↓ Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?	OUI 1 NON 2
424	VÉRIFIEZ 314 : A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A PAS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>		→ 432
425	VÉRIFIEZ 423 : A ENTENDU PARLER D'AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 427
426	J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois. Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
427	Il arrive parfois que les hommes aient un écoulement du pénis qui n'est pas normal. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un écoulement du pénis ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
428	Il arrive parfois que les hommes aient une plaie ou un ulcère dans la zone du pénis. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère dans la zone du pénis ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
429	VÉRIFIEZ 426, 427, ET 428 : A EU UNE INFECTION (AU MOINS UN 'OUI') <input type="checkbox"/> N'A PAS EU D'INFECTION OU NE SAIT PAS <input type="checkbox"/>		→ 432
430	La dernière fois que vous avez eu (PROBLEME DÉCLARÉ À 426/427/428), avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?	OUI 1 NON 2	→ 432

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
431	<p>Où êtes-vous allé ?</p> <p>Un autre endroit ?</p> <p>INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, MIXTE OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT . . . A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE B</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE D</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL E</p> <p>CABINET MÉDECIN PRIVÉ F</p> <p>PHARMACIE G</p> <p>SECTEUR MÉDICAL MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE H</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE I</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL J</p> <p>SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL</p> <p>CLINIQUE MOBILE K</p> <p>AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR L</p> <p>SAGE-FEMME/MATRONE AVEC BOÎTE M</p> <p>AUTRE SOURCE NON MÉDICALE</p> <p>BOUTIQUE/ MARCHÉ N</p> <p>BAR O</p> <p>DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE P</p> <p>ÉCOLE Q</p> <p>PARENT(E)S/ AMI(E)S R</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	
432	Si une femme sait que son mari est atteint d'une maladie qu'elle peut contracter au cours de rapports sexuels, pensez-vous qu'il est justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent des préservatifs quand ils ont des rapports sexuels ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
433	Si une femme sait que son mari est atteint d'une maladie qu'elle peut contracter au cours de rapports sexuels, pensez-vous qu'il est justifié qu'elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
434	Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a des relations sexuelles avec une ou des femmes autres que ses épouses ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
435	Quand une femme sait que son mari a des relations sexuelles avec une ou des femmes autres que ses épouses, est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'elle demande à son mari qu'ils utilisent des préservatifs quand ils ont des rapports sexuels ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
436	<p>Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :</p> <p>Si elle sort sans le lui dire ?</p> <p>Si elle néglige les enfants ?</p> <p>Si elle argumente avec lui ?</p> <p>Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?</p> <p>Si elle brûle la nourriture ?</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SORT SANS LUI DIRE . . 1 2 8</p> <p>NÉGLIGE ENFANTS . . . 1 2 8</p> <p>ARGUMENTE 1 2 8</p> <p>REFUSES RAPP. SEX . . 1 2 8</p> <p>BRÛLE NOURRITURE . . 1 2 8</p>	

SECTION 5. AUTRES PROBLÈMES DE SANTE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
501	<p>Je voudrais maintenant vous poser d'autres questions concernant des problèmes de santé. Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on fait une injection pour une raison quelconque ?</p> <p>SI OUI : Combien d'injections avez-vous eu ?</p> <p>SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST 90 OU PLUS, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '90'.</p> <p>SI LA RÉPONSE EST NON-NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUNE 00</p>	→ 504
502	<p>Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou un autre prestataire de santé ?</p> <p>SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST 90 OU PLUS, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTREZ '90'</p> <p>SI LA RÉPONSE EST NON-NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUNE 00</p>	→ 504
503	<p>La dernière fois que vous avez eu une injection effectuée par un prestataire de santé, est-ce qu'il/elle a pris la seringue et l'aiguille d'un emballage neuf qui n'avait pas été ouvert ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 5</p>	
504	<p>Fumez-vous actuellement des cigarettes ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 506
505	<p>Au cours des dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumé ?</p>	<p>NOMBRE DE CIGARETTES <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
506	<p>Actuellement, fumez-vous ou utilisez vous du tabac autrement que sous forme de cigarette ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 508
507	<p>Sous quelle autre forme, fumez-vous ou utilisez vous du tabac ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>PIPE A</p> <p>TABAC À MÂCHER B</p> <p>TABAC À PRISER C</p> <p>AUTRE X</p>	
508	<p>Vous arrive-t-il de boire de l'alcool ?</p> <p>SI OUI: Buvez-vous de l'alcool tous les jours, de temps en temps ou rarement?</p>	<p>TOUS LES JOURS 1</p> <p>DE TEMPS EN TEMPS 2</p> <p>RAREMENT 3</p> <p>NON (JAMAIS) 4</p>	→ 510
509	<p>Quel type d'alcool buvez-vous?</p> <p>Quel autre type d'alcool buvez-vous?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>BIÈRE A</p> <p>TAFIA/CLAIRIN B</p> <p>RHUM C</p> <p>VIN D</p> <p>AUTRE X</p>	
510	<p>Êtes-vous couvert par une assurance médicale ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
511	<p>Savez-vous comment déclarer la naissance d'un enfant à l'état civil?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
512	<p>ENREGISTREZ L'HEURE.</p>	<p>HEURE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/></p>	

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES CONCERNANT L'ENQUÊTÉ:

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE : _____ DATE: _____

OBSERVATION DU CONTRÔLEUR

NOM DU CONTRÔLEUR : _____ DATE: _____