

REPUBLIQUE DU CONGO

Ministère de l'Économie, du Plan, de l'Aménagement du
Territoire et de l'Intégration (MEPATI)



Centre National de la Statistique et des Études
Économiques (CNSEE)

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ DU CONGO (EDSC-II)

ጸገርጸገር

QUESTIONNAIRE FEMME

IDENTIFICATION																						
NOM DU DÉPARTEMENT _____	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																					
NOM DE LA LOCALITÉ _____																						
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																						
NUMÉRO DE GRAPPE																						
NUMÉRO DE STRUCTURE																						
NUMÉRO DU MÉNAGE																						
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____																						

VISITES D'ENQUÊTRICE												
	1	2	3	VISITE FINALE								
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>								
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>								
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>								
PROCHAINE DATE VISITE :	_____	_____	_____	N° ENQUÊT. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>								
HEURE	_____	_____	_____	RÉSULTAT <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td></td></tr> </table>								
NOMBRE TOTAL DE VISITES				<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td></td></tr> </table>								

* CODES RÉSULTAT :

1 REMPLI	4 REFUSÉ	
2 PAS À LA MAISON	5 PARTIELLEMENT REMPLI	7 AUTRE _____
3 DIFFÉRÉ	6 INCAPACITÉ	(PRÉCISEZ)

CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLEUSE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR										
NOM _____ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				NOM _____ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>			<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>		

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT INFORMÉ

CONSENTEMENT INFORMÉ

Bonjour. Je m'appelle _____ et je travaille pour l'Enquête Démographique et de Santé, commanditée par le Gouvernement et ses partenaires. Nous effectuons une enquête nationale sur la santé au Congo. Les informations que nous collectons aideront le gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement entre 45 et 60 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligée de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez d'y participer car votre opinion est très importante. 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 la personne dont le nom figure sur la carte qui a déjà été donnée à votre ménage.

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

SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE : _____ DATE: _____

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE D'ÊTRE INTERVIEWÉE ... 1 L'ENQUÊTÉE REFUSE D'ÊTRE INTERVIEWÉE 2 → FIN



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
101	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURE <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> MINUTES <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div>	
102	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div> 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 <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div>	
104	Êtes-vous allée à l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 108
105	Quel est le niveau d'études le plus élevé que vous avez atteint : primaire, secondaire premier cycle, secondaire second cycle ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE/SECONDAIRE TECHNIQUE 1 ^{er} CYCLE 2 SECONDAIRE/SECONDAIRE TECHNIQUE 2 nd CYCLE 3 SUPÉRIEUR/SUPÉRIEUR TECHNIQUE/PROFESSIONNE 4	
106	Quel est 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 <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div>	

NIVEAU D'ÉDUCATION				
NIVEAU	PRIMAIRE	SECONDAIRE 1ER CYCLE	SECONDAIRE 2ND CYCLE	SUPÉRIEUR
CLASSE	MOINS D'UNE CLASSE ACHEVÉE = 0			
	CP1 = 1	6ème = 1	2nd = 1	1ère année = 1
	CP2 = 2	5ème = 2	1ère = 2	2ème année = 2
	CE1 = 3	4ème = 3	Terminale = 3	3ème année = 3
	CE2 = 4	3ème = 4		4ème année ou + = 4
	CM1 = 5			
	CM2 = 6			

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 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> FILLES À LA MAISON <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>									
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 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> FILLES AILLEURS <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>									
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 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> FILLES DÉCÉDÉES <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>									
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 style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></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"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE <input type="text"/> ↓ (NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	
02	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
03	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
04	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
05	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
06	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
07	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

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 ?	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 ?
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 2006 OU PLUS TARD.					NOMBRE DE NAISSANCES <input type="text"/> AUCUNE 0			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
226	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	<input type="checkbox"/> → 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	→ 251
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"/>		→ 251
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. 2006 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> ↓ DERNIER AVORTEMENT AVANT JAN. 2006 <input type="checkbox"/>		→ 249



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
237	<p>VÉRIFIER 232 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>UN SEUL AVORTEMENT</p>  <p>De combien de mois étiez-vous enceinte quand votre avortement a eu lieu ?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>PLUSIEURS AVORTEMENTS</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> </div> </div>	<p>MOIS </p>	
238	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>A DÉCIDÉ ELLE-MÊME 1</p> <p>QUELQU'UN AUTRE 2</p>	→ 240
239	Qui vous a poussée ou forcée à faire cet (ce dernier) avortement?	<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 style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p>	
240	Pour quelle raison principale avez-vous mis fin à cette grossesse?	<p>PROBLÈMES DE SANTÉ 01</p> <p>TROP JEUNE POUR AVOIR ENFANT 02</p> <p>TROP ÂGÉE POUR AVOIR ENFANT 03</p> <p>DÉJÀ TROP D'ENFANTS 04</p> <p>NAISS. TROP RAPPROCHÉES ... 05</p> <p>PEUR DES PARENTS 06</p> <p>MARI/PARTENAIRE NE VOULAIT ..</p> <p style="padding-left: 20px;">PAS L'ENFANT 07</p> <p>POUR POURSUIVRE SCOLARITÉ .. 08</p> <p>POUR CONTINUER DE TRAVAILLER 09</p> <p>DIFFICULTÉS ÉCONOMIQUES/</p> <p style="padding-left: 20px;">MANQUE D'ARGENT 10</p> <p>AUTRE 96</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p>	
241	Pouvez-vous me dire quels moyens ou quelles procédures ont été utilisés pour interrompre cette grossesse?	<p>DILATATION & CURETAGE A</p> <p>ASPIRATION B</p> <p>INJECTIONS C</p> <p>COMPRIMÉ À AVALER D</p> <p>COMPRIMÉ INTRODUIT</p> <p style="padding-left: 20px;">DANS LE VAGIN E</p> <p>PLANTES/DÉCOCTIONS F</p> <p>AUTRE X</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
242	Où a eu lieu cet (ce dernier) avortement?	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p style="padding-left: 20px;">HÔPITAL 11</p> <p style="padding-left: 20px;">CENTRE DE SANTE INTÉGRÉ..... 12</p> <p style="padding-left: 20px;">POSTE DE SANTÉ 13</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p style="padding-left: 20px;">CLINIQUE 21</p> <p style="padding-left: 20px;">CABINET MÉDICAL 22</p> <p>MAISON</p> <p style="padding-left: 20px;">PROPRE MAISON 31</p> <p style="padding-left: 20px;">CHEZ L'AVORTEUR(SE) 32</p> <p style="padding-left: 20px;">AUTRE MAISON 33</p> <p>AUTRE ENDROIT 96</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À						
243	<p>VÉRIFIEZ 242 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>CODES 11 À 33 ENCERCLÉS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> <p>CODE 96 ENCERCLÉ</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> <p>Qui vous a assisté au moment de cet (ce dernier) avortement?</p> <p>INSISTER: Quelqu'un d'autre?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Est-ce que quelqu'un était présent pour vous aider au moment de cet (ce dernier) avortement?</p> <p>SI 'OUI': Qui vous a assisté au moment de cet (ce dernier) avortement?</p> <p>INSISTER: Quelqu'un d'autre?</p> </div> </div> <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>SAGE-FEMME B</p> <p>ASSISTANT C</p> <p>INFIRMIER/(-IÈRE) D</p> <p>MATRONE E</p> <p>AIDE-SOIGNANTE F</p> <p>AUTRES PERSONNES</p> <p>ACCCOUCHEUSE TRADITIONNEL... G</p> <p>AVORTEUR(SE) H</p> <p>PARENTES/AMIES</p> <p>PARENTS/AMI(E)S I</p> <p>AUTRE X</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p> <p>NON/PERSONNE Y</p>							
244	<p>Au total, combien a coûté cet (ce dernier) avortement, y compris les honoraires, les médicaments et tout autre coût ?</p> <p>SI '999 000' OU PLUS, ENREGISTREZ '999000'</p> <p>SI L'AVORTEMENT 'ETAIT GRATUIT (N'A RIEN COUTÉ), NOTER '000000'.</p>	<p>COUT EN FCFA</p> <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> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>NE SAIT PAS 999998</p>							
245	Après cet (ce dernier) avortement, êtes-vous allée en consultation?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 248						
246	<p>Qui avez-vous vu en consultation?</p> <p>INSISTER: Quelqu'un d'autre?</p> <p>INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES.</p>	<p>GYNÉCOLOGUE A</p> <p>AUTRE MÉDECIN B</p> <p>SAGE-FEMME C</p> <p>ASSISTANT D</p> <p>INFIRMIER/(-IÈRE) E</p> <p>MATRONE F</p> <p>AIDE-SOIGNANTE G</p> <p>AUTRE X</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p>							
247	Où êtes-vous allée en consultation ?	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL 11</p> <p>CENTRE DE SANTE INTÉGRÉ 12</p> <p>POSTE DE SANTÉ 13</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE 21</p> <p>CABINET MÉDICAL 22</p> <p>AUTRE ENDROIT 96</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p>							
248	À la suite de cet (ce dernier) avortement avez-vous eu des complications, comme, par exemple, des saignements ou une infection?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>							
249	Si vous aviez une autre grossesse que vous ne souhaitez pas, seriez-vous prête à refaire un avortement provoqué ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE PEUT PLUS TOMBER ENCEINTE . 3</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>							

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
250	<p>VÉRIFIER 232 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>UN SEUL AVORTEMENT PROVOQUÉ</p> <p>↓</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> </div> <div style="text-align: center;"> <p>PLUSIEURS AVORTEMENTS PROVOQUÉS</p> <p>↓</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> </div> </div>	<p>NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NON 95</p>	<p>→253</p>
251	<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>	
252	<p>Si vous aviez une grossesse que vous ne souhaitez pas, seriez-vous prête à faire 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>	
253	<p>Quand vos dernières règles ont-elles commencé ?</p> <p>(INSCRIVEZ LA DATE SI ELLE EST DONNÉE)</p>	<p>IL Y A JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>IL Y ASEMAINES ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>IL Y AMOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>IL Y AANNÉES ... 4 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE ... 994</p> <p>AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995</p> <p>JAMAIS EU DE RÈGLES 996</p>	
254	<p>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 ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>→ 301</p>
255	<p>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 ?</p>	<p>JUSTE AVANT QUE LES RÈGLES COMMENCENT 1</p> <p>PENDANT LES RÈGLES 2</p> <p>JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES 3</p> <p>AU MILIEU, ENTRE DEUX PÉRIODES 4</p> <p>AUTRE 6</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	

SECTION 3. CONTRACEPTION

301	<p>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.</p> <p>De quelles MÉTHODES avez-vous déjà entendu parler ?</p>		
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	Préservatif masculin INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2	
08	Préservatif féminin. INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2	
10	Méthode du rythme. INSISTEZ : Les femmes peuvent éviter une grossesse en évitant d'avoir des rapports sexuels les jours du mois où 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 : <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 10px; margin: 5px auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> ENCEINTE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 10px; margin: 5px auto;"></div> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> </div>		→ 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 A								
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 DE LA LISTE.</p>	STÉRILISATION FÉMININE A STÉRILISATION MASCULINE B DIU C INJECTABLES D IMPLANTS E PILULE F PRÉSERVATIF G PRÉSERVATIF FÉMININ H DIAPHRAGME I MOUSSE/GELÉE J MÉTHODE DU RYTHME K RETRAIT L AUTRE MÉTHODE MODERNE ... X AUTRE MÉTHODE TRADITION. ... Y									
308	<p>VÉRIFIEZ 304 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>CODE 'A' OU 'B' ENCERCLÉ</p>  <p>En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>AUTRES CODES</p>  <p>Depuis quel mois et quelle année utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?</p> <p>INSISTEZ : Depuis combien de temps utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?</p> </div> </div>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"> MOIS ANNÉE </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100px; height: 60px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </div> </div>									} → 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	<p>VÉRIFIEZ 304 :</p> <p>ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE :</p> <p>SI PLUS D'UN CODE EST ENCRCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.</p>	STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 PRÉSERVATIF 07 PRÉSERVATIF FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 MOUSSE/GELÉE 10 MÉTHODE DU RYTHME 11 RETRAIT 12 AUTRE MÉTHODE MODERNE 95 AUTRE MÉTHODE TRADITION. ... 96	→ 317A → 327 → 315A → 327								
315	Vous avez commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) en (DATE DE Q.308/308A). Où l'avez-vous obtenue à ce moment-là ?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 11 CENTRE DE SANTE INTEGRE 12 POSTE DE SANTÉ 13 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE 21 CABINET MÉDICAL 22 ASSOCIATION CONGOLAISE DE BIEN-ETRE FAMILIAL 24 PHARMACIE..... 25 AUTRE SECTEUR PRIVÉ VENDEUR AMBULANT/ PHARMACIE PAR TERRE 31 BOUTIQUE/MARCHÉ 32 BAR/BOITE DE NUIT/HOTEL 33 AMI/PARENTS 34 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)									
315A	Où avez-vous appris comment utiliser la méthode du rythme ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.										

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
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 PRÉSERVATIF 07 PRÉSERVATIF FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 MOUSSE/GELÉE 10 MÉTHODE DU RYTHME 11	→ 323 → 320 → 327
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 : CODE '1' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE '1' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pourriez utiliser ? 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 ?	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 DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 PRÉSERVATIF 07 PRÉSERVATIF FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 MOUSSE/GELÉE 10	→ 327
323	Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 11 CENTRE DE SANTÉ INTEGRE 12 POSTE DE SANTÉ 13 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE 21 CABINET MÉDICAL 22 ASSOCIATION CONGOLAISE DE BIEN-ÊTRE FAMILIAL 24 PHARMACIE 25 AUTRE SECTEUR PRIVÉ VENDEUR AMBULANT/ PHARMACIE PAR TERRE 31 BOUTIQUE/MARCHÉ 32 BAR/BOITE DE NUIT/HOTEL 33 AMI/PARENTS 34 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	→ 327

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
324	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?	OUI 1 NON 2	→ 327
325	Où est cet endroit ? Pas d'autre endroit ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE DE SANTE INTEGRE B POSTE DE SANTÉ C SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE D CABINET MÉDICAL E ASSOCIATION CONGOLAISE DE BIEN-ETRE FAMILIAL F PHARMACIE G AUTRE SECTEUR PRIVÉ VENDEUR AMBULANT/ PHARMACIE PAR TERRE I BOUTIQUE/MARCHÉ J BAR/BOITE DE NUIT/HOTEL K AMI/PARENTS L AUTRE X (PRÉCISEZ)	
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 : <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2006 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> AUCUNE NAISSANCE EN 2006 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: -20px;">→ 556</div>			
402	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 2006 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). Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).			
403	NUMÉRO DE LIGNE DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO HISTORIQUE NAIS. <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAIS. NUMÉRO HISTORIQUE NAIS. <input type="text"/>	AVANT-AVANT DER. NAIS. NUMÉRO HISTORIQUE NAIS. <input type="text"/>
404	À PARTIR DES QUESTIONS 212 ET 216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> DÉ	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> DÉ	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> DÉ
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 ? Quelqu'un d'autre ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A SAGE-FEMME B ASSISTANT C INFIRMIER(E) D AUTRE PERSONNE MATRONE E AIDE SOIGNANTE/ AGENT SANTE COMMUNAUTAIRE . F ACCOUCHEUSE TRADITIONNEL .. G AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
410	Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette naissance ? Pas d'autre endroit ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.	MAISON VOTRE MAISON ... A AUTRE MAISON ... B SECTEUR PUBLIC HÔPITAL C CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ D POSTE SANTÉ ... E SECTEUR PRIVÉ CLINIQUE F CABINET MEDICAL .. G AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)		
410A	Avez-vous reçu une fiche de consultation prénatal (CPN) pour cette grossesse ?	OUI 1 NON 2		
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 DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> 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 :	OUI NON Vous a-t-on pesé ? POIDS 1 2 Vous a-t-on mesuré la taille ? TAILLE ... 1 2 Vous a-t-on pris la tension ? TENSION ... 1 2 Vous a-t-on prélevé de l'urine ? URINE 1 2 Vous a-t-on prélevé du sang ? SANG ... 1 2 Avez-vous eu un toucher vaginal ? TOUCHER .. 1 2 A-t-on écouté les battements du coeur du bébé ? COEUR .. 1 2 A-t-on mesuré la hauteur de votre grossesse (ventre) ? HAUTEUR .. 1 2		
413A	Avez-vous fait une échographie au cours de cette grossesse?	OUI 1 (PASSEZ À 414) ← NON 2 NE CONNAIT PAS ECHOGRAPHIE .. 3 (PASSEZ À 414) ←		
413B	Pourquoi n'avez-vous pas fait une échographie? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	N'EXISTE PAS ICI .. A TROP LOIN B TROP CHER C PAS NÉCESSAIRE .. D PAS ORDONNÉ PAR PERSONNEL DE SANTÉ E AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
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		
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, avez-vous pris du fer ? SI OUI: Vous a-t-on donné le fer au cours de consultations prénatales ou l'avez-vous acheté ? MONTREZ COMP./AMP/SIROP	OUI, DONNÉ 1 OUI, ACHETÉ 2 NON 3 (PASSEZ À 423) ← NE SAIT PAS 8		
422	Pendant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris 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		
424	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 430) ← NE SAIT PAS 8		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
425	Avez-vous pris du Fansidar ou de la Maloxine ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 430) ← NE SAIT PAS 8		
427	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris du Fansidar ou la Maloxine ?	FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>		
429	Vous a-t-on donné le Fansidar ou la Maloxine durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé ou l'avez-vous obtenue d'une autre source ?	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE VISITE MÉDICALE 2 AUTRE ENDROIT 6		
430	À combien de mois de grossesse avez-vous accouché de (NOM) ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS/NE SE SOUVIENT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS/NE SE SOUVIENT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS/NE SE SOUVIENT PAS 98
430A	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
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.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A SAGE-FEMME B ASSISTANT C INFIRMIÈRE D MATRONE E AIDE SOIGNANTE/ AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE F AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNEL G AMI/PARENTS/ VOISINS H AUTRE X (PRÉCISEZ) PERSONNE Y	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A SAGE-FEMME B ASSISTANT C INFIRMIÈRE D MATRONE E AIDE SOIGNANTE/ AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE F AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNEL G AMI/PARENTS/ VOISINS H AUTRE X (PRÉCISEZ) PERSONNE Y	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A SAGE-FEMME B ASSISTANT C INFIRMIÈRE D MATRONE E AIDE SOIGNANTE/ AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE F AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNEL G AMI/PARENTS/ VOISINS H AUTRE X (PRÉCISEZ) PERSONNE Y

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____												
434	Où avez-vous accouché de (NOM) ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.	MAISON VOTRE MAISON 11 (PASSEZ À 438) ← AUTRE MAISON 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 21 CENTRE DE SANTE INTEGRE .. 22 POSTE SANTÉ ... 23 SECTEUR PRIVÉ CLINIQUE 31 CABINET MEDICAL .. PRIVE 32 AUTRE 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 438) ←	MAISON VOTRE MAISON 11 (PASSEZ À 448) ← AUTRE MAISON 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 21 CENTRE DE SANTE INTEGRE .. 22 POSTE SANTÉ ... 23 SECTEUR PRIVÉ CLINIQUE 31 CABINET MEDICAL .. PRIVE 32 AUTRE 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 448) ←	MAISON VOTRE MAISON 11 (PASSEZ À 448) ← AUTRE MAISON 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 21 CENTRE DE SANTE INTEGRE .. 22 POSTE SANTÉ ... 23 SECTEUR PRIVÉ CLINIQUE 31 CABINET MEDICAL .. PRIVE 32 AUTRE 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 448) ←												
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"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> JOURS 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAINES 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></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 examiné. 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) ←														

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____												
439	<p>Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN 11</p> <p>SAGE-FEMME 12</p> <p>ASSISTANT 13</p> <p>INFIRMIER(E) 14</p> <p>AUTRE PERSONNE</p> <p>MATRONE 21</p> <p>AIDE SOIGNANTE/ AGENT SANTE COMMUNAUTAIRE .22</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNEL ... 23</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>														
440	<p>Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES.</p> <p>SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>SEMAINES 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS ... 998</p>														
442	<p>Dans les deux mois qui ont suivi la naissance de (NOM), est-ce que quelqu'un a examiné son état de santé ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSEZ À 446) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>														
443	<p>Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), le premier examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES.</p> <p>SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.</p>	<p>HRS APRES NAIS. ... 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>JRS APRÈS NAIS. ... 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>SEM.APRÈS NAIS. ... 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS ... 998</p>														
444	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN 11</p> <p>SAGE-FEMME 12</p> <p>ASSISTANT 13</p> <p>INFIRMIER(E) 14</p> <p>AUTRE PERSONNE</p> <p>MATRONE 21</p> <p>AIDE SOIGNANTE/ AGENT SANTE COMMUNAUTAIRE .22</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNEL ... 23</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>														

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
445	Où ce premier examen de (NOM) a-t-il eu lieu ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	MAISON VOTRE MAISON 11 AUTRE MAISON 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 21 CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ 22 POSTE SANTÉ ... 23 SECTEUR PRIVÉ CLINIQUE 31 CABINET MEDICAL .. 32 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)		
446	Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme (celle-ci/l'une de celles-ci) ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS DE CAPSULES.	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
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 ?			
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 <input type="checkbox"/> 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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____								
454	VÉRIFIEZ 404 : L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 460) </div> <div style="text-align: center;"> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 501) </div> </div>										
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 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>										
455A	Avez-vous donné le premier lait (colostrum) à (NOM)?	OUI 1 NON 2										
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) ←										
457	Qu'a t-on donné à boire à (NOM) ? Rien d'autre ? ENREGISTREZ TOUS LES LIQUIDES MENTIONNÉS.	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) ... A EAU ... B EAU SUCRÉE OU EAU GLUCOSÉE ... C INFUSION ... D PREPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ ... G AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)										
458	VÉRIFIEZ 404 : L'ENFANT EST-IL EN VIE ?	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> EN VIE <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501) </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> EN VIE <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501) </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> EN VIE <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 405 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAIS. ALLEZ À 501) </div> </div>								
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 NAIS. 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 2006 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			AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE				
		N° HISTORIQUE <input type="text"/>			N° HISTORIQUE <input type="text"/>			N° HISTORIQUE <input type="text"/>				
503	À PARTIR DE 212 ET 216	NOM <input type="text"/> EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À LA COL.SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 555)			NOM <input type="text"/> EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À LA COL.SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 555)			NOM <input type="text"/> EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DER.COL. DU NOUVEAU QUEST. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISS., ALLEZ À 555)				
504	Avez-vous un carnet ou cahier 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 ou une carte de vaccination pour (NOM) ?	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/CARTE. (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"/>	BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	POLIO 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	POLIO 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	POLIO 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	DTC0q 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	DTC0q 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	DTC0q 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	PENTACOQ 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PEN1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PEN1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	PENTACOQ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PEN2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PEN2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	PENTACOQ 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PEN3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PEN3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ROUGEOLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ROU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ROU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	FIEVRE JAUNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIT A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIT A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
507	VÉRIFIEZ 506 :	BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ			BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ			BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ				
		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>				
		(ALLEZ À 511)			(ALLEZ À 511)			(ALLEZ À 511)				













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 l'avant bras gauche 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 DTCoq, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse, 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 DTCoq 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 du PENTACOQ, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse, parfois donné en même temps que les gouttes pour la polio ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510I) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510I) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510I) ← NE SAIT PAS 8
510H	Combien de fois le vaccin du PENTACOQ a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
510I	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
510J	Une injection dans le bras contre la fièvre jaune qui se fait quelquefois en même temps que 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 NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
511	Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) une dose de vitamine A comme (celle-ci/l'une de celles-ci) ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS DE CAPSULES	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
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 ?	BEUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE ... 5 NE SAIT PAS 8	BEUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE ... 5 NE SAIT PAS 8	BEUCOUP 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 ?	BEUCOUP 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	BEUCOUP 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	BEUCOUP 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) ←
519	Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ? Quelque part ailleurs ? INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ B POSTE DE SANTÉ .. C SECTEUR PRIVÉ CLINIQUE D CABINET MEDICAL .. E PHARMACIE F AUTRE PRIVÉ VENDEUR AMBULANT /PHARMACIE PAR TERRE G BOUTIQUE/MARCHE . H AUTRE X (PRÉCISEZ)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ B POSTE DE SANTÉ .. C SECTEUR PRIVÉ CLINIQUE D CABINET MEDICAL .. E PHARMACIE F AUTRE PRIVÉ VENDEUR AMBULANT /PHARMACIE PAR TERRE G BOUTIQUE/MARCHE . H AUTRE X (PRÉCISEZ)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ B POSTE DE SANTÉ .. C SECTEUR PRIVÉ CLINIQUE D CABINET MEDICAL .. E PHARMACIE F AUTRE PRIVÉ VENDEUR AMBULANT /PHARMACIE PAR TERRE G BOUTIQUE/MARCHE . H AUTRE X (PRÉCISEZ)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
520	VÉRIFIEZ 519 :	2 CODES UN SEUL <div> <input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/> PLUS ENCR- ENCERCLÉS CLÉ </div> ↓ (PASSEZ À 522) ←	2 CODES UN SEUL <div> <input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/> PLUS ENCR- ENCERCLÉS CLÉ </div> ↓ (PASSEZ À 522) ←	2 CODES UN SEUL <div> <input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/> PLUS ENCR- ENCERCLÉS CLÉ </div> ↓ (PASSEZ À 522) ←
521	Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ? UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 519.	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>
522	Lui avez-vous donné les choses suivantes à boire à n'importe quel moment dès qu'il/elle a commencé à avoir la diarrhée : a) Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé SRO ? b) Une solution sucrée/salée (SSS) ? d) Eau de riz ?	<div>OUI NON NSP</div> SACHET SRO ... 1 2 8 SUCRÉ/ SALÉ ... 1 2 8 EAU RIZ .. 1 2 8	<div>OUI NON NSP</div> SACHET SRO ... 1 2 8 SUCRÉ/ SALÉ ... 1 2 8 EAU RIZ .. 1 2 8	<div>OUI NON NSP</div> SACHET SRO ... 1 2 8 SUCRÉ/ SALÉ ... 1 2 8 EAU RIZ .. 1 2 8
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/SIROP .. A INJECTION B (IV) INTRAVEINEUSE . C REMÈDE MAISON/ HERBES MEDI- CINALES D AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	COMPRIMÉ/SIROP .. A INJECTION B (IV) INTRAVEINEUSE . C REMÈDE MAISON/ HERBES MEDI- CINALES D AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	COMPRIMÉ/SIROP .. A INJECTION B (IV) INTRAVEINEUSE . C REMÈDE MAISON/ HERBES MEDI- CINALES D 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-elles dues à un problème de bronche ou à un nez bouché ou qui coulait ?	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 ↓ (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 ↓ (PASSEZ À 531) ←	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 ↓ (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 ↓ (PASSEZ À 531) ←	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 ↓ (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 ↓ (PASSEZ À 531) ←

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
530	VÉRIFIEZ 525 : A-T-IL EU DE LA FIÈVRE ?	OUI <input type="checkbox"/> NON OU NSP <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 503 À LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 555)	OUI <input type="checkbox"/> NON OU NSP <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 503 À LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 555)	OUI <input type="checkbox"/> NON OU NSP <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLEZ À 555)
531	Je voudrais savoir maintenant quelle quantité de boisson a été donné 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.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ B POSTE SANTÉ ... C SECTEUR PRIVÉ CLINIQUE D CABINET MEDICAL .. E PHARMACIE F AUTRE PRIVÉ VENDEUR AMBULANT /PHARMACIE PAR TERRE G BOUTIQUE/MARCHE . H AUTRE X (PRÉCISEZ)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ B POSTE SANTÉ ... C SECTEUR PRIVÉ CLINIQUE D CABINET MEDICAL .. E PHARMACIE F AUTRE PRIVÉ VENDEUR AMBULANT /PHARMACIE PAR TERRE G BOUTIQUE/MARCHE . H AUTRE X (PRÉCISEZ)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ B POSTE SANTÉ ... C SECTEUR PRIVÉ CLINIQUE D CABINET MEDICAL .. E PHARMACIE F AUTRE PRIVÉ VENDEUR AMBULANT /PHARMACIE PAR TERRE G BOUTIQUE/MARCHE . H AUTRE X (PRÉCISEZ)
535	VÉRIFIEZ 534 :	2 CODES 1 SEUL <input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/> PLUS EN- ENCER- CERCLÉ CLÉS (PASSEZ À 537) ←	2 CODES 1 SEUL <input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/> PLUS EN- ENCER- CERCLÉ CLÉS (PASSEZ À 537) ←	2 CODES 1 SEUL <input type="checkbox"/> OU 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 LETTRES DE 534.	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
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 555) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE ; OU,SI PLUS DE ← NAISSANCE, ALLEZ À 555) 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 555). NE SAIT PAS 8
538	Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ? Aucun autre médicament ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ANTIPALUDÉENS COMBINAISON ARTESUNATE-AMODIAQUINE . A CAMOQUINE PLUS. B COFANTRINE ... C LUFANTER D ALFAN E COARTEM F BIMALARIL G ARTEFAN H ARTHEMETER ... I QUININE J ARTEQUIN K ARCO L COARINATE ... M DIALQUIN N ARTEDIAN O AUTRE ANTI-PALUDÉEN ... P AUTRE COMPRIME/ SIROP Q INJECTION R REMÈDE MAISON/ HERBES MEDICINALES S AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDÉENS COMBINAISON ARTESUNATE-AMODIAQUINE . A CAMOQUINE PLUS. B COFANTRINE ... C LUFANTER D ALFAN E COARTEM F BIMALARIL G ARTEFAN H ARTHEMETER ... I QUININE J ARTEQUIN K ARCO L COARINATE ... M DIALQUIN N ARTEDIAN O AUTRE ANTI-PALUDÉEN ... P AUTRE COMPRIME/ SIROP Q INJECTION R REMÈDE MAISON/ HERBES MEDICINALES S AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDÉENS COMBINAISON ARTESUNATE-AMODIAQUINE . A CAMOQUINE PLUS. B COFANTRINE ... C LUFANTER D ALFAN E COARTEM F BIMALARIL G ARTEFAN H ARTHEMETER ... I QUININE J ARTEQUIN K ARCO L COARINATE ... M DIALQUIN N ARTEDIAN O AUTRE ANTI-PALUDÉEN ... P AUTRE COMPRIME/ SIROP Q INJECTION R REMÈDE MAISON/ HERBES MEDICINALES S AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z
538A	VÉRIFIEZ 538 : AU MOINS 2 CODES ENCERCLÉS	AU MOINS 2 CODES AUTRE (PASSEZ À 539)	AU MOINS 2 CODES AUTRE (PASSEZ À 539)	AU MOINS 2 CODES AUTRE (PASSEZ À 539)
538B	Quel médicament a été donné en premier et en second ? UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 538.	1er MÉDICAMENT 2è MÉDICAMENT	1er MÉDICAMENT 2è MÉDICAMENT	1er MÉDICAMENT 2è MÉDICAMENT
539	VÉRIFIEZ 538 : Y A-T-IL UN CODE A-P ENCERCLÉ ?	OUI NON (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 555).	OUI NON (RETOURNEZ À 503 À COL. SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 555)	OUI NON (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU SI PLUS DE NAISSANCE ALLEZ À 555)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
540	VÉRIFIEZ 538 : COMBINAISON ARTESUNATE AMODIAQUINE (A') DONNÉE	CODE 'A' CODE 'A' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 542) ←	CODE 'A' CODE 'A' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 542) ←	CODE 'A' CODE 'A' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 542) ←
541	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la combinaison d'artésunate amodiaquine ?	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 : CAMOQUINE PLUS ('B') DONNÉ	CODE 'B' CODE 'B' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 544) ←	CODE 'B' CODE 'B' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 544) ←	CODE 'B' CODE 'B' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 544) ←
543	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre du Camoquine Plus ?	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
544	VÉRIFIEZ 538 : COFANTRINE ('C') DONNÉE	CODE 'C' CODE 'C' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 546) ←	CODE 'C' CODE 'C' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 546) ←	CODE 'C' CODE 'C' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 546) ←
545	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la Cofantrine ?	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
546	VÉRIFIEZ 538 : LUFANTER ('D') DONNÉE	CODE 'D' CODE 'D' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 548) ←	CODE 'D' CODE 'D' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 548) ←	CODE 'D' CODE 'D' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 548) ←
547	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de le Lufanter ?	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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
548	VÉRIFIEZ 538 : ALFAN ('E') DONNÉE	CODE 'E' CODE 'E' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 549A) ←	CODE 'E' CODE 'E' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 549A) ←	CODE 'E' CODE 'E' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 549A) ←
549	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre l'Alfan ?	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
549A	VÉRIFIEZ 538 : COARTEM ('F') DONNÉE	CODE 'F' CODE 'F' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 549C) ←	CODE 'F' CODE 'F' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 549C) ←	CODE 'F' CODE 'F' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 549C) ←
549B	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre le Coartem ?	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
549C	VÉRIFIEZ 538 : BIMALARIL ('G') DONNÉE	CODE 'G' CODE 'G' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 549E) ←	CODE 'G' CODE 'G' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 549E) ←	CODE 'G' CODE 'G' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 549E) ←
549D	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de le Bimalaril ?	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
549E	VÉRIFIEZ 538 : ARTEFAN ('H') DONNÉ	CODE 'H' CODE 'H' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 549G) ←	CODE 'H' CODE 'H' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 549G) ←	CODE 'H' CODE 'H' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 549G) ←
549F	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre l'Artefan ?	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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
549G	VÉRIFIEZ 538 : ARTHEMETER ('I') DONNÉ	CODE 'I' CODE 'I' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 549I) ←	CODE 'I' CODE 'I' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 549I) ←	CODE 'I' CODE 'I' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 549I) ←
549H	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'Arthemeter ?	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
549I	VÉRIFIEZ 538 : QUININE ('J') DONNÉE	CODE 'J' CODE 'J' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 549K) ←	CODE 'J' CODE 'J' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 549K) ←	CODE 'J' CODE 'J' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 549K) ←
549J	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la Quinine ?	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
549K	VÉRIFIEZ 538 : ARTEQUIN ('K') DONNÉE	CODE 'K' CODE 'K' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 549M) ←	CODE 'K' CODE 'K' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 549M) ←	CODE 'K' CODE 'K' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 549M) ←
549L	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre l'Artequin ?	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
549M	VÉRIFIEZ 538 : ARCO ('L') DONNÉE	CODE 'L' CODE 'L' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 549O) ←	CODE 'L' CODE 'L' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 549O) ←	CODE 'L' CODE 'L' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 549O) ←
549N	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre l'Arco ?	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
549O	VÉRIFIEZ 538 : COARINATE ('M') DONNÉ	CODE 'M' CODE 'M' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 549Q) ←	CODE 'M' CODE 'M' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 549Q) ←	CODE 'M' CODE 'M' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 549Q) ←

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
549P	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la Coarinate ?	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
549Q	VÉRIFIEZ 538 : DIALQUIN ('N') DONNÉE	CODE 'N' CODE 'N' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 549S) ←	CODE 'N' CODE 'N' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 549S) ←	CODE 'N' CODE 'N' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 549S) ←
549R	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre du Dialquin ?	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
549S	VÉRIFIEZ 538 : ARTEDIAN ('O') DONNÉE	CODE 'O' CODE 'O' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 550) ←	CODE 'O' CODE 'O' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 550) ←	CODE 'O' CODE 'O' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 550) ←
549T	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre l'Artedien ?	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 ('P') DONNÉ	CODE 'P' CODE 'P' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 555)	CODE 'P' CODE 'P' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 555)	CODE 'P' CODE 'P' 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 555)
551	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre d'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 555.	RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 555.	ALLEZ À 503 À L'AVANT- DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTION- NAIRE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 555.

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A																																																																																																
555	<p>VÉRIFIEZ 522(a) ET 522(b), TOUTES LES COLONNES :</p> <p>AUCUN ENFANT N'A REÇU DE LIQUIDE DE SACHET SRO <input type="checkbox"/> UN ENFANT A REÇU DU LIQUIDE DE SACHET SRO <input type="checkbox"/></p>		557																																																																																																
556	<p>Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé SRO que vous pouvez obtenir pour le traitement de la diarrhée ?</p> <p>OUI 1 NON 2</p>																																																																																																		
557	<p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES :</p> <p>NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2009 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 _____ (NOM)</p>		562																																																																																																
558	<p>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.</p> <p>Est-ce que (NOM DE 557) (a bu ou mangé) :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th><th>NSP</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>a) De l'eau ?</td><td>a) 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>b) Des jus ou des boissons à base de jus ?</td><td>b) 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>c) De la soupe complètement liquide ?</td><td>c) 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>d) Du lait tel que du lait en boîte, en poudre ou du lait frais d'animal ?</td><td>d) 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>e) Du lait en poudre pour bébé ?</td><td>e) 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>f) D'autres liquides comme de l'eau sucré, des boissons gazeuses ?</td><td>f) 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>g) Du yaourt ?</td><td>g) 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>h) Une préparation pour bébé comme, par exemple, Cerelac, Bledina, Bledilac, Phospatine)?</td><td>h) 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>i) Du pain, du riz, des biscuits, des beignets, des pâtes, ou bouillie ou autres préparations à base de maïs, blé, mil, sorgho, ou autres céréales ?</td><td>i) 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>j) Des carottes, courges, citrouilles, igname jaune, patates douces qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur ?</td><td>j) 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>k) Des pommes de terre, ignames blanches, manioc, taro, banane plantain ou préparations à base de tubercules ?</td><td>k) 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>l) Des légumes à feuilles vert foncé, comme les épinards, l'amarante, les feuilles de manioc ?</td><td>l) 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>m) Des mangues, tomates, papayes, goyaves ?</td><td>m) 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>n) D'autres fruits ou légumes ?</td><td>n) 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>o) Du foie, rognons, cœur ou autres abats ?</td><td>o) 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>p) De la viande de bœuf, de porc, de mouton, de chèvre, viande de chasse, du poulet, du canard ou autre volaille ou oiseau ?</td><td>p) 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>q) Des sauterelles, escargots, termites, chenilles, larves ?</td><td>q) 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>r) Des oeufs ?</td><td>r) 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>s) Du poisson frais ou séché, des crevettes, langoustes ou autre crustacé ?</td><td>s) 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>t) N'importe quelle préparation à base de haricots, pois, lentilles ou noix ?</td><td>t) 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>u) Du fromage ou d'autres aliments à base de lait autre que le yaourt ?</td><td>u) 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>v) Préparation à base d'huile de palme rouge, huile kolo (de dattier), pâte d'arachide?</td><td>v) 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>w) N'importe quelle préparation à base d'aliments solides, semi solides, ou mous ?</td><td>w) 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		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) De la soupe complètement liquide ?	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	e) Du lait en poudre pour bébé ?	e) 1	2	8	f) D'autres liquides comme de l'eau sucré, des boissons gazeuses ?	f) 1	2	8	g) Du yaourt ?	g) 1	2	8	h) Une préparation pour bébé comme, par exemple, Cerelac, Bledina, Bledilac, Phospatine)?	h) 1	2	8	i) Du pain, du riz, des biscuits, des beignets, des pâtes, ou bouillie ou autres préparations à base de maïs, blé, mil, sorgho, ou autres céréales ?	i) 1	2	8	j) Des carottes, courges, citrouilles, igname jaune, patates douces qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur ?	j) 1	2	8	k) Des pommes de terre, ignames blanches, manioc, taro, banane plantain ou préparations à base de tubercules ?	k) 1	2	8	l) Des légumes à feuilles vert foncé, comme les épinards, l'amarante, les feuilles de manioc ?	l) 1	2	8	m) Des mangues, tomates, papayes, goyaves ?	m) 1	2	8	n) D'autres fruits ou légumes ?	n) 1	2	8	o) Du foie, rognons, cœur ou autres abats ?	o) 1	2	8	p) De la viande de bœuf, de porc, de mouton, de chèvre, viande de chasse, du poulet, du canard ou autre volaille ou oiseau ?	p) 1	2	8	q) Des sauterelles, escargots, termites, chenilles, larves ?	q) 1	2	8	r) Des oeufs ?	r) 1	2	8	s) Du poisson frais ou séché, des crevettes, langoustes ou autre crustacé ?	s) 1	2	8	t) N'importe quelle préparation à base de haricots, pois, lentilles ou noix ?	t) 1	2	8	u) Du fromage ou d'autres aliments à base de lait autre que le yaourt ?	u) 1	2	8	v) Préparation à base d'huile de palme rouge, huile kolo (de dattier), pâte d'arachide?	v) 1	2	8	w) N'importe quelle préparation à base d'aliments solides, semi solides, ou mous ?	w) 1	2	8		
	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) De la soupe complètement liquide ?	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																																																																																																
e) Du lait en poudre pour bébé ?	e) 1	2	8																																																																																																
f) D'autres liquides comme de l'eau sucré, des boissons gazeuses ?	f) 1	2	8																																																																																																
g) Du yaourt ?	g) 1	2	8																																																																																																
h) Une préparation pour bébé comme, par exemple, Cerelac, Bledina, Bledilac, Phospatine)?	h) 1	2	8																																																																																																
i) Du pain, du riz, des biscuits, des beignets, des pâtes, ou bouillie ou autres préparations à base de maïs, blé, mil, sorgho, ou autres céréales ?	i) 1	2	8																																																																																																
j) Des carottes, courges, citrouilles, igname jaune, patates douces qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur ?	j) 1	2	8																																																																																																
k) Des pommes de terre, ignames blanches, manioc, taro, banane plantain ou préparations à base de tubercules ?	k) 1	2	8																																																																																																
l) Des légumes à feuilles vert foncé, comme les épinards, l'amarante, les feuilles de manioc ?	l) 1	2	8																																																																																																
m) Des mangues, tomates, papayes, goyaves ?	m) 1	2	8																																																																																																
n) D'autres fruits ou légumes ?	n) 1	2	8																																																																																																
o) Du foie, rognons, cœur ou autres abats ?	o) 1	2	8																																																																																																
p) De la viande de bœuf, de porc, de mouton, de chèvre, viande de chasse, du poulet, du canard ou autre volaille ou oiseau ?	p) 1	2	8																																																																																																
q) Des sauterelles, escargots, termites, chenilles, larves ?	q) 1	2	8																																																																																																
r) Des oeufs ?	r) 1	2	8																																																																																																
s) Du poisson frais ou séché, des crevettes, langoustes ou autre crustacé ?	s) 1	2	8																																																																																																
t) N'importe quelle préparation à base de haricots, pois, lentilles ou noix ?	t) 1	2	8																																																																																																
u) Du fromage ou d'autres aliments à base de lait autre que le yaourt ?	u) 1	2	8																																																																																																
v) Préparation à base d'huile de palme rouge, huile kolo (de dattier), pâte d'arachide?	v) 1	2	8																																																																																																
w) N'importe quelle préparation à base d'aliments solides, semi solides, ou mous ?	w) 1	2	8																																																																																																

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
559	<p>VÉRIFIEZ 558 (CATÉGORIES "g" À "u") :</p> <p>PAS UN SEUL "OUI" <input type="checkbox"/> AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> → 561</p>		
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 → 562</p>	
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>	
562	<p>La dernière fois que vous avez préparé le repas pour votre famille, vous êtes-vous lavé les mains avant de commencer ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 N'A JAMAIS PRÉPARÉ DE REPAS 3</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, VIT AVEC UN HOMME 2 NON, PAS EN UNION 3	<input type="checkbox"/> → 604
602	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme comme si vous étiez mariés ?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE 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	<input type="checkbox"/> → 609
604	Est-ce que votre (mari/partenaire) 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) a d'autres épouses ou vit-il avec d'autres femmes comme s'il était marié ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	<input type="checkbox"/> → 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"/>	
609	Avez-vous été mariée 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"/> ↓ En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (mari/partenaire) ? MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> ↓ 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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> → 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 préservatif 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 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
619	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ? SI PETIT AMI : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariés ? SI OUI, ENCERCLER '2' SI NON, ENCERCLER '3'	MARI 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE ... 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 CLIENT/PROSTITUÉE 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 622) ←	MARI 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE ... 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 CLIENT/PROSTITUÉE 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 622) ←	MARI 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE ... 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 CLIENT/PROSTITUÉE 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 622) ←
620	VÉRIFIEZ 609 :	MARIÉE 1 SEULE PLUS DE 1 FOIS <input type="text"/> (PASSEZ À 622) ←	MARIÉE 1 SEULE PLUS DE 1 FOIS <input type="text"/> (PASSEZ À 622) ←	MARIÉE 1 SEULE PLUS DE 1 FOIS <input type="text"/> (PASSEZ À 622) ←
621	VÉRIFIEZ 613 :	1 ^{re} FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 ^{er} MARI <input type="text"/> AUTRE <input type="text"/> (PASSEZ À 623) ↓	1 ^{re} FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 ^{er} MARI <input type="text"/> AUTRE <input type="text"/> (PASSEZ À 623) ↓	1 ^{re} FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 ^{er} MARI <input type="text"/> 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 rapports sexuels avec cette personne ? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI LE NOMBRE EST '95' OU PLUS, INSCRIVEZ '95'	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI LE NOMBRE EST '95' OU PLUS, INSCRIVEZ '95'	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI LE NOMBRE EST '95' OU PLUS, INSCRIVEZ '95'
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 NBRE DE PARTENAIRE EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.			NOMBRE DE PARTENAIRE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 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 PARTENAIRES EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</p>	<p>NOMBRE DE PARTENAIRES 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	<p>OUI NON</p> <p>ENFANTS <10 1 2</p> <p>HOMMES ADULTES 1 2</p> <p>FEMMES ADULTES 1 2</p>	
629	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des préservatifs ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 632
630	<p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL A</p> <p>CENTRE SANTE INTEGRE B</p> <p>POSTE DE SANTÉ C</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE D</p> <p>CABINET MÉDICAL E</p> <p>ASSOCIATION CONGOLAISE DE BIEN-ETRE FAMILIAL F</p> <p>PHARMACIE G</p> <p>AUTRE SECTEUR PRIVÉ</p> <p>VENDEUR AMBULANT/ PHARMACIE PAR TERRE I</p> <p>BOUTIQUE/MARCHÉ J</p> <p>BAR/BOITE DE NUIT/HOTEL K</p> <p>AMI/PARENTS L</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
631	Est-ce que vous pourriez vous procurer des préservatifs si vous le souhaitiez ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8</p>	
632	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des préservatifs féminins ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 701
633	<p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL A</p> <p>CENTRE SANTE INTEGRE B</p> <p>POSTE DE SANTÉ C</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE D</p> <p>CABINET MÉDICAL E</p> <p>ASSOCIATION CONGOLAISE DE BIEN-ETRE FAMILIAL F</p> <p>PHARMACIE G</p> <p>AUTRE SECTEUR PRIVÉ</p> <p>VENDEUR AMBULANT/ PHARMACIE PAR TERRE I</p> <p>BOUTIQUE/MARCHÉ J</p> <p>BAR/BOITE DE NUIT/HOTEL K</p> <p>AMI/PARENTS L</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
634	Est-ce que vous pouvez vous procurer des préservatifs féminins si vous le souhaitez ?	<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 : PAS <input type="checkbox"/> POSÉE NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ (CODES A OU B NON ENCERCLÉS) <input type="checkbox"/>	IL OU ELLE STÉRILISÉ (CODES A OU B ENCERCLÉ) <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 ANNÉE 2 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 703 ET 704 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>VEUT <input type="checkbox"/></p> <p>UN/UN AUTRE ENFANT</p> <p>↓</p> <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>Y a-t-il une autre raison ?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NE VEUT PLUS <input type="checkbox"/></p> <p>D'ENFANT/AUCUN</p> <p>↓</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 ?</p> </div> </div> <p>ENREGISTREZ TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p>	<p>PAS MARIÉE A</p> <p>RAISONS RELATIVES À LA FÉCONDITÉ</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS ... B</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS .. C</p> <p>MÉNOPAUSEL/HYSTÉRECTOMIE .. D</p> <p>NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE.. E</p> <p>PAS DE RÉGLES DEPUIS</p> <p>DERNIÈRE NAISSANCE F</p> <p>ALLAITE G</p> <p>FATALISTE H</p> <p>OPPOSITION À L'UTILISATION</p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉE I</p> <p>MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ ... J</p> <p>AUTRES OPPOSÉS K</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX L</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>NE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE M</p> <p>NE CONNAÎT AUCUNE SOURCE N</p> <p>RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES</p> <p>EFFETS SECONDAIRES/PROBLÈMES DE SANTÉ O</p> <p>PAS ACCESSIBLE /TROP LOIN ... P</p> <p>TROP CHÈRE Q</p> <p>MÉTHODE PRÉFÉRÉE</p> <p>NON DISPONIBLE R</p> <p>AUCUNE MÉTHODE DISPONIBLE S</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER ... T</p> <p>INTERFÈRE AVEC LES FONCTIONS NORMALES DU CORPS U</p> <p>AUTRE X</p> <p style="text-align: center;">(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 <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>OUI, UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p> <p>→ 712</p> </div> </div>		
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</p> <p>NON 2</p> <p>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 <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <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> </div> <div style="text-align: center;"> <p>PAS D'ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien en voudriez-vous ?</p> </div> </div> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.</p>	<p>AUCUN 00 → 714</p> <p>NOMBRE <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>AUTRE 96 → 714</p> <p style="text-align: center;">(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 ?	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> GARÇONS NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <div> FILLES <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <div> N'IMPORTE <input type="text"/> <input type="text"/> </div> </div> AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
714	Au cours des derniers mois, avez-vous entendu parler de la planification familiale à la radio ?	OUI 1 NON 2	→ 714B
714A	Les messages que vous avez entendus à la radio étaient-ils des messages de l'Association Congolaise pour le Bien-être Familial (ACBEF) ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
714B	Au cours des derniers mois, avez-vous vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ?	OUI 1 NON 2	→ 714D
714C	Les messages que vous avez vus à la télévision étaient-ils des messages de l'Association Congolaise pour le Bien-être Familial (ACBEF) ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
714D	Au cours des derniers mois, avez-vous lu quelque chose sur la planification familiale dans des journaux ou magazines ?	OUI 1 NON 2	→ 714F
714E	Les messages que vous avez lus dans les journaux ou magazines étaient-ils des messages de l'Association Congolaise pour le Bien-être Familial (ACBEF) ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
714F	Au cours des derniers mois, avez-vous vu quelque chose sur la planification familiale sur des affiches ou dépliants ?	OUI 1 NON 2	→ 715
714G	Les messages que vous avez vus sur des affiches ou dépliants étaient-ils des messages de l'Association Congolaise pour le Bien-être Familial (ACBEF) ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
715	Au cours des derniers mois, avez-vous parlé de la planification familiale avec vos ami(e)s, voisin(e)s, ou vos parent(e)s ?	OUI 1 NON 2	
716	VÉRIFIEZ 601 : OUI, <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT MARIÉE OUI, <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME NON, <input type="checkbox"/> PAS EN UNION		→ 801
717	VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? UTILISE <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> OU PAS POSÉE		→ 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 <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ LUI OU ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ		→ 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	<p>VÉRIFIEZ 601 ET 602 :</p> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p>	<p>→ 803</p> <p>→ 807</p>	
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 ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 806
804	Quel est le niveau d'études le plus élevé qu'il a atteint : primaire, secondaire premier cycle, secondaire second cycle ou supérieur ?	<p>PRIMAIRE 1</p> <p>SECONDAIRE/SECONDAIRE TECHNIQUE 1^{er} CYCLE 2</p> <p>SECONDAIRE/SECONDAIRE TECHNIQUE 2nd CYCLE 3</p> <p>SUPÉRIEUR/SUPÉRIEUR TECHNIQUE/PROFESSIONNELLE 4</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→ 806
805	<p>Quelle est la (classe/année) la plus élevée qu'il a achevée à ce niveau ?</p> <p>SI MOINS D'1 CLASSE/ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '0'.</p>	<p>CLASSE <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
806	<p>VÉRIFIEZ 801 :</p> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>Quelle est l'occupation de votre(mari/ partenaire) ?</p> <p>C'est-à-dire quel genre de travail fait-il principalement ?</p> <p>Quelle était l'occupation de votre (dernier) (mari/ partenaire) ?</p> <p>C'est-à-dire quel genre de travail faisait-il principalement ?</p>	<p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>	
807	En dehors de votre travail domestique, avez-vous travaillé au cours des sept derniers jours ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 811
808	<p>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.</p> <p>Au cours des sept derniers jours, avez-vous fait quelque chose de ce genre ou un autre travail ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 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 ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 811
810	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 815

NIVEAU	PRIMAIRE	SECONDAIRE 1ER CYCLE	SECONDAIRE 2ND CYCLE	SUPÉRIEUR
CLASSE	MOINS D'UNE CLASSE ACHEVÉE = 0			
	CP1 = 1 CP2 = 2 CE1 = 3 CE2 = 4 CM1 = 5 CM2 = 6	6ème = 1 5ème = 2 4ème = 3 3ème = 4	2nd = 1 1ère = 2 Terminale = 3	1ère année = 1 2ème année = 2 3ème année = 3 4ème année ou + = 4

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																																				
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> <tr> <th></th><th>PRES./ ÉCOUTE</th><th>PRES./ ÉCOUTE</th><th>PAS PRES.</th></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <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> </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 : Si elle est infidèle ? Si elle sort sans le lui dire ? Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ? Si elle manque de respect à son mari ? Si elle manque de respect à la famille de son mari ? Si elle néglige les enfants ? Si elle néglige les travaux domestiques ? Si elle dépense l'argent du ménage sans autorisation du mari ?	<table> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th><th>NSP</th></tr> <tr> <td>INFIDÈLE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>SORT SANS LUI DIRE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>REFUSES RAPP. SEX</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>RESPECT MARI</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>RESPECT FAMILLE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>NÉGLIGE ENFANTS</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>TRAVAUX DOMESTIQ.</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>DEPENSE ARGENT</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </table>		OUI	NON	NSP	INFIDÈLE	1	2	8	SORT SANS LUI DIRE	1	2	8	REFUSES RAPP. SEX	1	2	8	RESPECT MARI	1	2	8	RESPECT FAMILLE	1	2	8	NÉGLIGE ENFANTS	1	2	8	TRAVAUX DOMESTIQ.	1	2	8	DEPENSE ARGENT	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																																				
INFIDÈLE	1	2	8																																				
SORT SANS LUI DIRE	1	2	8																																				
REFUSES RAPP. SEX	1	2	8																																				
RESPECT MARI	1	2	8																																				
RESPECT FAMILLE	1	2	8																																				
NÉGLIGE ENFANTS	1	2	8																																				
TRAVAUX DOMESTIQ.	1	2	8																																				
DEPENSE ARGENT	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																
901A	Par quelle voie avez-vous entendu parler du sida ?	RADIO/TÉLÉVISION/JOURNAUX A EGLISE B PERE C MERE D FRERE/SOEUR E VOISIN(E)/DANS LE QUARTIER F AMI(E) G AUTRES PARENTS H LIGNE JAUNE (MTN) I ECOLE MAITRE/MAITRESSE J AFFICHE/CAMPAGNE DE SENSIBILISATION K AUTRE L																	
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 préservatifs 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 ?	<table border="0"> <tr> <td></td><td>OUI</td><td>NON</td><td>NSP</td></tr> <tr> <td>GROSSESSE.</td><td>..... 1</td><td>..... 2</td><td>..... 8</td></tr> <tr> <td>ACCOUCHEMENT</td><td>... 1</td><td>... 2</td><td>... 8</td></tr> <tr> <td>ALLAITEMENT</td><td>..... 1</td><td>..... 2</td><td>..... 8</td></tr> </table>		OUI	NON	NSP	GROSSESSE. 1 2 8	ACCOUCHEMENT	... 1	... 2	... 8	ALLAITEMENT 1 2 8	
	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 ET 215 : AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> DERNIÈRE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2009 <input type="checkbox"/> DERNIÈRE NAISSANCE AVANT JANVIER 2009 <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.																		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																
914	<p>Au cours de l'une de ces visites prénatales pour votre dernière naissance, est-ce que l'on a parlé des sujets suivants ?</p> <p>Des bébés qui contractent le virus du sida de leur mère ?</p> <p>Des choses qu'on peut faire pour ne pas contracter le sida ?</p> <p>Effectuer un test du virus du sida ?</p>	<table> <tr> <td></td><td>OUI</td><td>NON</td><td>NSP</td></tr> <tr> <td>SIDA DE LA MÈRE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>CHOSSES À FAIRE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>TEST</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </table>		OUI	NON	NSP	SIDA DE LA MÈRE	1	2	8	CHOSSES À FAIRE	1	2	8	TEST	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
SIDA DE LA MÈRE	1	2	8																
CHOSSES À FAIRE	1	2	8																
TEST	1	2	8																
915	Dans le cadre des visites prénatales, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du virus du sida ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>																	
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 ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 920																
917	<p>Où le test a-t-il été fait ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ 12</p> <p>LABORATOIRE NATIONAL 13</p> <p>CENTRE DE DÉPISTAGE ANONYME</p> <p>VOLONTAIRE (CDAV) 14</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE 21</p> <p>CABINET MÉDICAL 22</p> <p>LABORATOIRE 23</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>																	
918	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 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 ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→ 924																
920	<p>VÉRIFIEZ 434 POUR DERNIÈRE NAISSANCE :</p> <p>N'IMPORTE QUEL CODE <input type="text"/> AUTRE <input type="text"/></p> <p>21-32 ENCERCLÉ</p>		→ 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 ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>																	
922	Je ne veux pas connaître les résultats mais vous a-t-on fait un test du virus du sida à ce moment-là ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 926																
923	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>																	
924	Avez-vous effectué un test du virus du sida depuis le moment où vous avez fait un test durant votre grossesse ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 927																
925	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	<p>IL Y A MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DEUX ANNÉES OU PLUS 95</p>	→ 932																
926	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous déjà fait un test pour savoir si vous avez le virus du sida ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 930																
927	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	<p>IL Y A MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DEUX ANNÉES OU PLUS 95</p>																	
928	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>																	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
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	
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.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ B POSTE DE SANTÉ C SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE D CABINET MÉDICAL E PHARMACIE F AUTRE SOURCE TRADI-THÉRAPEUTE G VENDEUR AMBULANT/ PHARMACIE PAR TERRE H BOUTIQUE/MARCHÉ I AUTRE X (PRÉCISEZ)	
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 préservatifs 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 des femmes autres que ses épouses ?	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 préservatif 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	<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, 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>	→ 1004															
1002	<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>	→ 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 ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>																
1004	Fumez-vous actuellement des cigarettes ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 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 ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1008															
1007	<p>Quel (autre) type de tabac fumez-vous ou utilisez-vous ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>PIPE A</p> <p>TABAC À MACHER B</p> <p>TABAC À PRISER C</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>																
1008	<p>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 ?</p> <p>Obtenir la permission d'aller voir un médecin ?</p> <p>Obtenir l'argent nécessaire pour le conseil ou le traitement ?</p> <p>La distance pour atteindre l'établissement de santé ?</p> <p>Ne pas vouloir y aller seule ?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>PROBLÈME IMPOR- TANT</th><th>PAS PRO- BLÈME IMPOR- TANT</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PERMISSION D'ALLER</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>OBTENIR L'ARGENT ...</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>DISTANCE</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Y ALLER SEULE</td><td>1</td><td>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																
1009	Êtes-vous couverte par une assurance médicale ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1011															
1010	<p>Par quel type d'assurance êtes-vous couverte ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>ASSURANCE MUTUELLE/ ASSURANCE SANTÉ COMMUNAUTAIRE A</p> <p>ASSURANCE SANTÉ PAR L'EMPLOYEUR B</p> <p>SÉCURITÉ SOCIALE C</p> <p>AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE D</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>																

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1011	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 où d'excréments à partir de votre vagin?	OUI 1 NON 2	→ 1018
1012	Avez-vous entendu parler de ce genre de problème, je veux dire d'une femme qui a des écoulements constants d'urine où d'excréments à partir de son vagin?	OUI 1 NON 2	→ 1100
1013	Par quelle voie avez-vous entendu parler de ce problème ? Aucune autre source d'information? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	RADIO/TÉLÉVISION/JOURNAUX/ AUTRES MEDIAS A ETABLISSEMENT/AGENT DE SANTE .. B AGENT DE SENSIBILISATION C PARENTS/AMIS D AUTRE X (PRÉCISEZ)	
1014	Est-ce que vous connaissez personnellement une femme qui a ou qui a eu ce problème ?	OUI 1 NON 2	
1015	À votre avis, est-ce qu'on peut contracter ce genre de problème par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ?	OUI 1 NON 2	
1016	À votre avis, est-ce que ce genre de problème peut être guéri ?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND 8	
1017	Si une femme de votre famille avait des écoulements constants d'urine où d'excréments à partir de son vagin, seriez-vous prête à vivre avec elle dans votre propre ménage ?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND 8	→ 1100
1018	Est-ce que ce problème est arrivé? Après un accouchement? Après un viol? Après une opération chirurgicale pelvienne? Après un autre événement?	ACCOUCHEMENT..... OUI 1 NON ↓ VIOL OUI 2 NON ↓ OPÉR. CHIRURGICALE OUI 3 NON ↓ AUTRES 6 (PRÉCISER)	→ 1019 → 1022 → 1022 → 1022
1019	Ce problème est-il arrivé après un travail ou un accouchement normal ou après un travail ou un accouchement difficile ?	TRAVAIL/ ACCOUCHEMENT NORMAL ... 1 TRAVAIL/ACCOUCHEMENT DIFFICILE 2	
1020	Cet enfant est-il né vivant ?	OUI, ENFANT NÉ VIVANT 1 NON, ENFANT DÉCÉDÉ À LA NAISSANCE 2	
1021	Ce problème est-il survenu après votre premier, deuxième, troisième accouchement ?	RANG DE L'ACCOUCHEMENT	<input type="text"/> <input type="text"/>
1022	Combien de jour après (ÉVÈNEMENT DE Q.1018) cet écoulement a-t-il commencé? SI 95 JOURS OU PLUS, ENREGISTREZ '95'	NOMBRE DE JOURS APRÈS EVÈNEMENT	<input type="text"/> <input type="text"/>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1023	Avez-vous cherché à vous soigner ?	OUI 1 NON 2	→ 1025
1024	Pourquoi n'avez-vous pas chercher à vous soigner ?	NE SAVAIT PAS QUE LE PROBLÈME POUVAIT SE SOIGNER 11 NE SAVAIT PAS OÙ ALLER 12 TROP COUTEUX 13 ÉTABLISSEMENT TROP LOIN 14 MAUVAISE QUALITÉ DES SOINS ... 15 N'AVAIT PAS LA PERMISSION 16 EMBARRAS 17 AUTRE 96 (PRÉCISER)	→ 1100
1025	Qui avez-vous consulté pour la dernière fois?	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 SAGE-FEMME 12 ASSISTANT 13 INFIRMIER/(-IÈRE) 14 AUTRES PERSONNES MATRONE 21 AIDE-SOIGNANTE/AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ... 22 ACCCOUCHEUSE TRADITIONNEL. ... 23 AVORTEUR(SE) 24 TRADI-THERAPEUTE 25 MÉDECIN SPIRITUEL 26 AUTRE 96 (PRÉCISER)	
1026	Ce traitement a-t-il résolu le problème?	OUI, IL N'Y A PLUS D'ÉCOULEMENT .. 1 OUI, MAIS ENCORE UN PEU D'ÉCOULEMENT 2 NON, LE PROBLÈME DEMEURE 3	

SECTION 11. MORTALITE MATERNELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1100	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos frères et sœurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère biologique. Est-ce que votre mère a donné naissance à des enfants, en plus de vous-même ?	OUI 1 NON 2	→ 1107
1101	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont encore en vie ?	GARÇONS VIVANTS <input type="text"/> <input type="text"/>	
1102	En dehors de vous, combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont encore en vie ?	FILLES VIVANTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
1103	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont décédés ?	GARÇONS DÉCÉDÉS <input type="text"/> <input type="text"/>	
1104	Combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont décédées ?	FILLES DÉCÉDÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	
1105	Est-ce que votre mère a donné naissance à d'autres enfants dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés ?	OUI 1 NON 2	→ 1107
1106	Combien d'autres enfants votre mère a-t-elle eu dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés ?	AUTRES ENFANTS <input type="text"/> <input type="text"/>	
1107	ADDITIONNER LES REPONSES À 1101, 1102, 1103, 1104 ET 1106 AJOUTER 1 (L'ENQUÊTÉE) ET NOTER LE TOTAL.	TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/>	
1108	VÉRIFIER '1107: Juste pour être sûre que j'ai bien compris, y compris vous-même, votre mère a donné naissance à _____ enfants en tout. Est-ce bien exact ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; text-align: center;">↓ INSISTER ET CORRIGER 1100 - 1107 COMME IL SE DOIT.</div>		
1109	VÉRIFIER '1107: DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/> → <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; text-align: center;">↓ UNE NAISSANCE SEULEMENT (ENQUETEE SEULE)</div> <input type="checkbox"/> →		1201
1110	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance ?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES <input type="text"/> <input type="text"/>	

Maintenant je voudrais faire la liste de tous vos frères et sœurs, qu'ils/elles soient encore en vie ou non, en partant du plus âgé.
NOTER LE NOM DE TOUS LES FRÈRES ET SŒURS DE MEME MERE BIOLOGIQUE.

1111	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le/la plus âgé(e) (ou suivant) ?	[1] _____	[2] _____	[3] _____	[4] _____	[5] _____	[6] _____
1112	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2
1113	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLER À 1115 NSP 8 ALLER À [2]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1115 NSP 8 ALLER À [3]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1115 NSP 8 ALLER À [4]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1115 NSP 8 ALLER À [5]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1115 NSP 8 ALLER À [6]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1115 NSP 8 ALLER À [7]
1114	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7]
1115	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
1116	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant l'âge de douze ans ? SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [7]
1117	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON ... 2
1118	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 1119A NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1119A NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1119A NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1119A NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1119A NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1119A NON ... 2
1119	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON ... 2
1119A	Où l'accouchement a-t-il eu lieu ?	ETABLIS. DE SANTÉ ... 1 AUTRE ... 2	ETABLIS. DE SANTÉ ... 1 AUTRE ... 2	ETABLIS. DE SANTÉ ... 1 AUTRE ... 2	ETABLIS. DE SANTÉ ... 1 AUTRE ... 2	ETABLIS. DE SANTÉ ... 1 AUTRE ... 2	ETABLIS. DE SANTÉ ... 1 AUTRE ... 2
1120	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7]

SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SŒUR, ALLER À 1201

1111	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le plus âgé (ou suivant) ?	[7] _____	[8] _____	[9] _____	[10] _____	[11] _____	[12] _____
1112	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2
1113	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLER À 1115 NSP 8 ALLER À [8]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1115 NSP 8 ALLER À [9]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1115 NSP 8 ALLER À [10]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1115 NSP 8 ALLER À [11]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1115 NSP 8 ALLER À [12]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1115 NSP 8 ALLER À [13]
1114	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [13]
1115	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
1116	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant l'âge de douze ans ? SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [13]
1117	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 1120 ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON... 2
1118	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 1119A NON... 2	OUI ... 1 ALLER À 1119A NON... 2	OUI ... 1 ALLER À 1119A NON... 2	OUI ... 1 ALLER À 1119A NON... 2	OUI ... 1 ALLER À 1119A NON... 2	OUI ... 1 ALLER À 1119A NON... 2
1119	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON... 2	OUI ... 1 ALLER À 1120 NON... 2
1119A	Où l'accouchement a-t-il eu lieu ?	ETABLIS. DE SANTÉ... 1 AUTRE... 2	ETABLIS. DE SANTÉ... 1 AUTRE... 2	ETABLIS. DE SANTÉ... 1 AUTRE... 2	ETABLIS. DE SANTÉ... 1 AUTRE... 2	ETABLIS. DE SANTÉ... 1 AUTRE... 2	ETABLIS. DE SANTÉ... 1 AUTRE... 2
1120	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [13]
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À 1201							

SECTION 12. DÉVELOPPEMENT ET ÉVEIL DE L'ENFANT

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A																
1201	<p>VERIFIER Q.217 ET 218: UN ENFANT AYANT ENTRE 0-4 ANS VIT -IL DANS CE MÉNAGE (217=0 À 4 ANS RÉVOLUS ET 218=1) ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>		1223																
1202	<p>VERIFIER Q.217: SÉLECTIONNER LE PLUS JEUNE ENFANT AYANT ENTRE 0-4 ANS, INSCRIVEZ SON NOM ET SON NUMÉRO DE LIGNE</p> <p>NOM DU PLUS JEUNE ENFANT VENANT DE Q. 212 _____</p> <p>NUMÉRO DE LIGNE DU PLUS JEUNE ENFANT DE Q. 219 <input type="text"/> <input type="text"/></p>																		
1203	Maintenant, je voudrais vous posez les questions à propos de (NOM DE L'ENFANT DE Q.1202), votre plus jeune enfant âgé de 0-4 ans.																		
1204	Combien de livres d'enfants ou de livres d'images avez-vous pour (NOM) ?	<p>AUCUN 00</p> <p>NOMBRE DE LIVRES D'ENFANT <input type="text" value="0"/> <input type="text"/></p> <p>DIX LIVRES OU PLUS 10</p>																	
1205	<p>Je voudrais savoir quels objets (NOM) utilise pour jouer quand il/elle est a la maison.</p> <p>Est-ce qu'il/elle joue avec :</p> <p>a) des jouets fabriqués à la maison (comme des poupées, voitures ou autres jouets fabriqués a la maison) ?</p> <p>b) des jouets d'un magasin ou des jouets d'un fabricant ?</p> <p>c) Objets du ménage (comme des cuvettes ou casseroles), ou des objets trouvés dehors (comme des bâtons, pierres, animaux, coquilles ou feuilles) ?</p> <p>SI L'ENQUÊTÉ(E) DIT "OUI" À UNE DES CATÉGORIES CI-DESSUS, INSISTEZ POUR SAVOIR PRÉCISEMENT AVEC QUOI L'ENFANT JOUE POUR ÊTRE SUR DE LA RÉPONSE.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th><th>NSP</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>JOUETS FABRIQUES À LA MAISON</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>JOUETS DE MAGASIN</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>OBJETS DU MENAGE OU OBJETS DU DEHORS</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	JOUETS FABRIQUES À LA MAISON	1	2	8	JOUETS DE MAGASIN	1	2	8	OBJETS DU MENAGE OU OBJETS DU DEHORS	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
JOUETS FABRIQUES À LA MAISON	1	2	8																
JOUETS DE MAGASIN	1	2	8																
OBJETS DU MENAGE OU OBJETS DU DEHORS	1	2	8																
1206	<p>Parfois les adultes qui s'occupent des enfants doivent quitter la maison pour aller faire des courses, faire la lessive, ou pour d'autres raisons et doivent laisser les jeunes enfants.</p> <p>Au cours de la semaine passée, combien de jours (NOM) a-t-il/elle été :</p> <p>a) laissé seul(e) pendant plus d'une heure ?</p> <p>b) laissé à la garde d'un autre enfant (c'est-à-dire quelqu'un de moins de 10 ans) pendant plus d'une heure ?</p> <p>SI 'JAMAIS', 'INSCRIVEZ '0'. SI 'NE SAIT PAS', INSCRIVEZ '8'</p>	<p>NOMBRE DE JOURS LAISSE SEUL PENDANT PLUS D'UNE HEURE <input type="text"/></p> <p>NOMBRE DE JOURS LAISSE AVEC UN ENFANT PENDANT PLUS D'UNE HEURE <input type="text"/></p>																	
1207	<p>VERIFIER Q.217 ET 218: UN ENFANT DE 3 OU 4 ANS VIT -IL DANS CE MÉNAGE (217=3 OU 4 ANS RÉVOLUS ET 218=1) ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>		1223																
1208	<p>VERIFIER 217: SÉLECTIONNER LE PLUS JEUNE ENFANT DE 3 OU 4 ANS, INSCRIVEZ SON NOM ET SON NUMÉRO DE LIGNE</p> <p>NOM DU PLUS JEUNE ENFANT DE 3 OU 4 ANS DE Q. 212 _____</p> <p>NUMÉRO DE LIGNE DU PLUS JEUNE ENFANT DE Q. 219 <input type="text"/> <input type="text"/></p>																		
1209	Maintenant, je voudrais vous posez les questions à propos de (NOM DE L'ENFANT DE Q.1208), votre plus jeune enfant âgé de 3-4 ans.																		

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
1210	(NOM) suit-il/elle un programme d'éducation préscolaire ou une classe d'éveil, dans un établissement public ou privé, y compris un jardin d'enfants ou une garderie communautaire ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	<div> <div>1212</div> </div>
1211	Au cours des sept derniers jours, environ combien d'heures (NOM) a-t-il/elle fréquenté cet endroit ?	NOMBRE D'HEURES <div><div></div><div></div></div>	
1212	Pendant les trois derniers jours, avez-vous, vous ou un autre membre du ménage de plus de 15 ans, participé avec (NOM) à l'une des activités suivantes : SI OUI, DEMANDEZ : Qui a participé à cette activité avec (NOM) ? ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	<div> <div> <div>MÈRE</div> <div>PÈRE</div> <div>AUTRE PERSO NNE</div> <div>PERSO NNE</div> </div> <div> LIRE DES LIVRES A B X Y RACONTER DES HISTOIRES A B X Y CHANTER DES CHANSONS A B X Y PROMENER A B X Y JOUER A B X Y PASSER DU TEMPS ... A B X Y </div> </div>	
1213	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé et le développement de votre enfant. Les enfants ne se développent pas tous de manière identique et ils n'apprennent pas tous à la même vitesse. Certains, par exemple, marchent plus tôt que d'autres. Ces questions portent sur plusieurs aspects du développement de votre enfant. Est-ce que (NOM) connaît ou peut citer au moins dix lettres de l'alphabet ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
1214	Est-ce que (NOM) peut lire au moins quatre mots simples, courants ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
1215	Est-ce que (NOM) peut citer et reconnaître tous les chiffres de 1 à 10?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
1216	Est-ce que (NOM) peut attraper par terre avec deux doigts un petit objet, comme un baton ou un caillou?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
1217	Est-ce qu'il arrive parfois que (NOM) soit trop malade pour jouer ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
1218	Est-ce que (NOM) est capable de suivre de simples instructions pour faire quelque chose correctement ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
1219	Quand on donne quelque chose à faire à (NOM), est-il/elle capable de le faire de manière indépendante ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
1220	Est-ce que (NOM) s'entend bien avec les autres enfants ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
1221	Est-ce que (NOM) donne des coups de pieds, mord, ou frappe les autres enfants ou les adultes ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
1222	Est-ce que (NOM) est facilement distrait?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
1223	ENREGISTREZ L'HEURE	HEURE <div><div></div><div></div></div> MINUTES <div><div></div><div></div></div>	

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'ÉQUIPE : _____ DATE : _____

OBSERVATION DE LA CONTRÔLEUSE

NOM DE LA CONTRÔLEUSE : _____ DATE : _____