



## SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

### PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT INFORMÉ

**CONSENTEMENT INFORMÉ**

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_ et je travaille pour l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE). Nous effectuons une enquête nationale sur la santé au Bénin. Les informations que nous collectons aideront votre gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement entre 30 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 À
101	ENREGISTREZ L'HEURE.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> HEURE .....  MINUTES ..... </div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; flex-direction: column; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> </div>	
101AA	<b>VERIFIER LA PAGE DE COUVERTURE</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <b>SI SÉLECTION MÉNAGE = 1</b>  <input type="checkbox"/> </div> <div> <b>SI SÉLECTION MÉNAGE = 2</b>  <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 102
101A	<p>Pendant cette interview, je voudrais mesurer votre pression sanguine. La prise de la pression sanguine sera effectuée trois fois au cours de cette interview.</p> <p>La procédure est sans danger. Elle est effectuée pour savoir si une personne souffre d'hypertension. Sans être traitée, l'hypertension peut causer des dommages sérieux au cœur.</p> <p>Les résultats de la prise de la pression sanguine vous seront données à la fin de l'interview accompagnée d'une explication sur la valeur de votre pression sanguine. Si votre pression sanguine est élevée, étant donné que nous ne pourrions pas effectuer davantage de tests pour vous donner un traitement approprié au cours de l'enquête, nous vous conseillerons de consulter un établissement de santé ou un docteur.</p> <p>Avez-vous des questions sur la prise de la pression sanguine? Si vous avez des questions à n'importe quel moment, vous pouvez me les poser.</p> <p>Vous pouvez dire oui, ou vous pouvez dire non pour la prise de votre pression sanguine maintenant.</p> <p>Vous pouvez aussi décider d'arrêter à n'importe quel moment de participer dans cette prise de pression sanguine.</p> <p>Est-ce que vous m'autorisez de prendre votre pression sanguine maintenant?</p> <p>SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE : _____ DATE: _____</p> <p>L'ENQUÊTÉE ACCEPTE ... 1      L'ENQUÊTÉE REFUSE ..... 2 → 102</p> <p style="text-align: center;">↓</p>		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A												
101B	<p>Avant de prendre la mesure de votre tension artérielle, je voulais vous poser quelques questions sur des choses qui affectent ces mesures?</p> <p>Avez-vous fait dans les 30 dernières minutes, les choses suivantes:</p> <p>Mangé quelque chose?</p> <p>Bu du café, du thé, boisson Coca-cola ou autre boisson, qui contient de la caféine?</p> <p>Fumé un produit du tabac?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MANGÉ .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>BOISSON AVEC CAFÉÏNE</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>FUMÉ .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	MANGÉ .....	1	2	BOISSON AVEC CAFÉÏNE	1	2	FUMÉ .....	1	2	
	OUI	NON													
MANGÉ .....	1	2													
BOISSON AVEC CAFÉÏNE	1	2													
FUMÉ .....	1	2													
101D	<p>Puis-je commencer la prise de votre tension artérielle?</p> <p>AVANT DE PRENDRE LA PREMIÈRE MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE, MESURER LA CIRCONFÉRENCE DU BRAS DE L'ENQUÊTÉE, AU MILIEU ENTRE L'ÉPAULE ET LE COUDE.</p> <p>ENREGISTRER LA MESURE EN CENTIMÈTRES.</p>	<p>CIRCONFÉRENCE DU BRAS (EN CENTIMÈTRES)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>													
101C	<p>UTILISER LA MESURE DE LA CIRCONFÉRENCE DU BRAS POUR SÉLECTIONNER LE MODÈLE D'APPAREIL DE PRESSION SANGUINE ET LES DIMENSIONS APPROPRIÉS. ENCERCLER LE CODE POUR LE MODEL D'APPAREIL ET LES DIMENSIONS.</p>	<p>MOYEN: 24 CM – 35 CM (9.5 - 13 in) .. 1</p> <p>LARGE: 36 CM – 41 CM (12 - 16 in) .. 2</p>													
101E	<p>Puis-je mesurer votre tension artérielle en ce moment ?</p> <p>SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE DATE</p> <p>_____</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>L'ENQUÊTÉ ACCEPTE LA MESURE</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 10px; margin: 0 auto;"></div> <p>ENREGISTRER LE RÉSULTAT DE LA MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>L'ENQUÊTÉ REFUSE LA MESURE</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 10px; margin: 0 auto;"></div> <p>ENREGISTRER 9994</p> </div> </div>	<p><b>TENSION ARTÉRIELLE</b></p> <p>SYSTOLIQUE/MAX .... 1 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></p> <p>DIASTOLIQUE/MIN .... 2 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></p> <p><b>RAISON POUR LAQUELLE LA PRESSION N'A PAS ÉTÉ MESURÉE.</b></p> <p>REFUSÉ '9994</p> <p>PROBLÈMES TECHNIQUES '9995</p> <p>AUTRES '9996</p> <p>_____ (À SPÉCIFIER)</p>													
102	<p>En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?</p>	<p>MOIS ..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></p> <p>NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98</p> <p>ANNÉE ..... <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div></p> <p>NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE ..... 9998</p>													
103	<p>Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ?</p> <p>COMPAREZ ET CORRIGEZ 102 ET/OU 103 SI INCOHÉRENT.</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></p>													
104	<p>Êtes-vous allée à l'école ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 108												





SECTION 2. REPRODUCTION

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

211 Je voudrais maintenant faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la 1<sup>re</sup>.  
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 ?	SI EN VIE : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?  INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	SI EN VIE: (NOM) vit-il/elle avec vous ?	INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. (INSCRIVEZ 00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE).	SI DÉCÉDÉ : Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé ?  SI '1 AN', INSISTEZ : Combien de mois avait (NOM) ? INSCRIVEZ EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANNÉES.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?
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. <input type="text"/> NON .... 2 NAISS. <input type="text"/> 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. <input type="text"/> NON .... 2 NAISS. <input type="text"/> 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. <input type="text"/> NON .... 2 NAISS. <input type="text"/> 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. <input type="text"/> NON .... 2 NAISS. <input type="text"/> 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. <input type="text"/> NON .... 2 NAISS. <input type="text"/> 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 → 226			



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
225	<p><b>C</b> POUR CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2006 (1), INSCRIVEZ 'N' AU MOIS DE NAISSANCE DU CALENDRIER. INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT À GAUCHE DU CODE 'N'. POUR CHAQUE NAISSANCE, DEMANDEZ LE NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ ET INSCRIVEZ 'G' À CHACUN DES MOIS PRÉCÉDENTS SELON LA DURÉE DE LA GROSSESSE. (NOTE : LE NOMBRE DE 'G' DOIT ÊTRE INFÉRIEUR DE 1 AU NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ).</p>		
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.  <p><b>C</b> INSCRIVEZ 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL DE MOIS RÉVOLUS.</p>	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	→ 238
231	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
232	VÉRIFIEZ 231 :  DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN <input type="text"/> JAN. 2006 OU PLUS TARD DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE AVANT <input type="text"/> JAN. 2006		→ 238
233	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ?  <p><b>C</b> INSCRIVEZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIVEZ 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.</p>	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
234	Depuis janvier 2006, avez-vous eu d'autres grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 236
235	DEMANDEZ LA DATE ET LA DURÉE DE LA GROSSESSE POUR CHAQUE GROSSESSE PRÉCÉDENTE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE, EN REMONTANT JUSQU'À JANVIER 2006.  <p><b>C</b> INSCRIVEZ 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ CHAQUE GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.</p>		
236	Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant 2006 (1) et qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 238
237	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2006 (1) ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A								
238	<p>Quand vos dernières règles ont-elles commencé ?</p> <p>_____ (INSCRIVEZ LA DATE SI ELLE EST DONNÉE)</p>	<p>IL Y A ..... JOURS ..... 1</p> <p>IL Y A .....SEMAINES ... 2</p> <p>IL Y A .....MOIS ..... 3</p> <p>IL Y A .....ANNÉES ... 4</p> <p>EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE ... 994</p> <p>AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995</p> <p>JAMAIS EU DE RÈGLES ..... 996</p>	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>								
239	<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>								
240	<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 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>									



### SECTION 3. CONTRACEPTION

301	Je voudrais maintenant que nous parlions de planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.  De quelles MÉTHODES avez-vous déjà entendu parler ?		
01	<b>Stérilisation féminine.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
02	<b>Stérilisation masculine.</b> INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
03	<b>DIU.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin ou une infirmière leur place dans l'utérus.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
04	<b>Injectables.</b> 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	<b>Implants.</b> 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	<b>Pilule.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
07	<b>Condom/ Préservatif masculin.</b> INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1  NON ..... 2	
08	<b>Condom féminin/ Préservatif féminin.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1  NON ..... 2	
09	<b>Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA).</b>	OUI ..... 1 NON ..... 2	
10	<b>Méthode du rythme.</b> 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	<b>Retrait.</b> INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
12	<b>Pilule du lendemain.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre pendant trois jours après des rapports sexuels non protégés des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes. <b>(3)</b>	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  <div style="text-align: center;">_____</div> <div style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</div> <div style="text-align: center;">_____</div> <div style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</div> 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="display: inline-block; width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> </div> <div style="text-align: center;">           ENCEINTE           <div style="display: inline-block; width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">→ 311</div>		
303	Faites-vous actuellement quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 311

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>	<p>STÉRILISATION FÉMININE ..... A</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE ..... B</p> <p>DIU ..... C</p> <p>INJECTABLES ..... D</p> <p>IMPLANTS ..... E</p> <p>PILULE ..... F</p> <p>CONDOM/PRÉSERVATIF MASC. .... G</p> <p>CONDOM FÉMININ/PRÉSERV. FÉMIN. H</p> <p>DIAPHRAGME ..... I</p> <p>MOUSSE/GELÉE ..... J</p> <p>MAMA ..... K</p> <p>MÉTHODE DU RYTHME ..... L</p> <p>RETRAIT ..... M</p> <p>AUTRE MODERNE ..... X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE TRADITION. .... Y</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 307</p> <p>→ 308A</p> <p>→ 306</p> <p>→ 308A</p>
305	<p>Quelle est la marque de pilule que vous utilisez actuellement ?</p> <p>SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOÎTE.</p>	<p>HARMONIE ..... 01</p> <p>DUOFEM ..... 02</p> <p>MICROGYNON ..... 03</p> <p>EUGYNON ..... 04</p> <p>LO-FEMENAL ..... 05</p> <p>CONFIANCE ..... 06</p> <p>MINIDRIL ..... 07</p> <p>STEDIRIL ..... 08</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p>→ 308A</p>
306	<p>Quelle est la marque de condom que vous utilisez actuellement ?</p> <p>SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOÎTE/LE PAQUET.</p>	<p>PRUDENCE ..... 01</p> <p>COOL ..... 02</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p>→ 308A</p>
307	<p>Dans quel établissement a été effectuée la stérilisation ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINEZ SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ... 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUV'T ... 12</p> <p>CLINIQUE PLANIFICATION FAM ... 13</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 14</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ ..... 23</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 24</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A												
308	En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?														
308A	Depuis quel mois et quelle année utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?  INSISTEZ : Depuis combien de temps utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?	MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> 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>													
309	VÉRIFIEZ 308/308A, 215 ET 231 :  AUCUNE NAISSANCE OU GROSSESSE TERMINÉE APRÈS MOIS ET ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 308/308A  RETOURNEZ À 308/308A, INSISTEZ ET INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE (QUI DOIT ÊTRE APRÈS LA DERNIÈRE NAISSANCE OU LA FIN DE LA DERNIÈRE GROSSESSE).	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>													
310	VÉRIFIEZ 308/308A :  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             L'ANNÉE EST 2006 OU PLUS TARD  <input type="checkbox"/>  <b>C</b> INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE DE LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION.           </div> <div style="text-align: center;">             L'ANNÉE EST 2005 OU AVANT  <input type="checkbox"/>  <b>C</b> INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE DE LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À JANVIER 2006           </div> </div> PUIS PASSER À _____ 322														
311	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les périodes où, durant ces dernières années, vous ou votre partenaire, avez utilisé une méthode pour éviter une grossesse.  UTILISEZ LE CALENDRIER POUR VOUS ASSUREZ DES PÉRIODES D'UTILISATION ET DE NON UTILISATION, EN COMMENÇANT PAR L'UTILISATION LA PLUS RÉCENTE, EN REMONTANT À JANVIER 2006 (6). UTILISEZ LE NOM DES ENFANTS, LES DATES D'ANNIVERSAIRE ET LES PÉRIODES DE GROSSESSE COMME POINT DE RÉFÉRENCE.  <b>C</b> À LA COLONNE 1, INSCRIVEZ LE CODE D'UTILISATION DE LA MÉTHODE OU '0' POUR NON UTILISATION À CHAQUE MOIS EN BLANC. QUESTIONS ILLUSTRATIVES : <ul style="list-style-type: none"> <li>* Quand avez-vous utilisé une méthode pour la dernière fois? Quelle était cette méthode ?</li> <li>* Quand avez-vous commencé à utiliser cette méthode? Combien de temps après la naissance de (NOM) ?</li> <li>* Pendant combien de temps avez-vous ensuite utilisé cette méthode ?</li> </ul> À LA COLONNE 2, INSCRIVEZ LES CODES DE DISCONTINUATION À CÔTÉ DU DERNIER MOIS D'UTILISATION. LE NOMBRE DE CODES À LA COLONNE 2 DOIT ÊTRE LE MÊME QUE LE NOMBRE D'INTERRUPTIONS DE LA MÉTHODE À LA COLONNE 1.  DEMANDEZ POURQUOI ELLE A ARRÊTÉ D'UTILISER LA MÉTHODE. SI L'INTERRUPTION A ÉTÉ SUIVIE D'UNE GROSSESSE, DEMANDEZ SI ELLE EST TOMBÉE ENCEINTE SANS LE VOULOIR ALORS QU'ELLE UTILISAIT LA MÉTHODE OU SI ELLE A DÉLIBÉRÉMENT ARRÊTÉ POUR ÊTRE ENCEINTE. QUESTIONS ILLUSTRATIVES : <ul style="list-style-type: none"> <li>* Pourquoi avez-vous arrêté d'utiliser la (MÉTHODE) ? Êtes-vous tombée enceinte pendant que vous utilisiez la (MÉTHODE), avez-vous interrompu pour être enceinte, ou avez-vous arrêté pour d'autres raisons ?</li> <li>* SI ELLE A DÉLIBÉRÉMENT ARRÊTÉ POUR ÊTRE ENCEINTE, DEMANDEZ : Combien de mois cela a-t-il pris pour que soyez enceinte après avoir arrêté d'utiliser (MÉTHODE) ? ET INSCRIVEZ '0' À CHACUN DE CES MOIS À LA COLONNE 1.</li> </ul>														



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

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
323	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ... 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVT ... 12</p> <p>CLINIQUE PLANIFICATION FAM ... 13</p> <p>AGENT DE TERRAIN ..... 14</p> <p>CENTRE SOCIAL ..... 15</p> <p>AGENT DE SANTE STRAT AV .... 16</p> <p>AGENT DE SANTE/RELAJ COMM ... 17</p> <p>DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE . 18</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 19</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21</p> <p>HOPITAL CONFESSIONNEL..... 22</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ ..... 23</p> <p>PHARMACIE ..... 24</p> <p>ABPF ..... 25</p> <p>AGENT SANTÉ (ONG) ..... 26</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 27</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE ..... 31</p> <p>ÉGLISE/MOSQUEE ..... 32</p> <p>AMI/PARENTS ..... 33</p> <p>BAR/BUVETTE ..... 34</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>326</p>



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	→ 326
325	<p>Où est cet endroit ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVT ... B</p> <p>CLINIQUE PLANIFICATION FAM ... C</p> <p>AGENT DE TERRAIN ..... D</p> <p>CENTRE SOCIAL ..... E</p> <p>AGENT DE SANTE STRAT AV .... F</p> <p>AGENT DE SANTE/RELAJ COMM ... G</p> <p>DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE . H</p> <p>AUTRE SECTEUR</p> <p>PUBLIC ..... I</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... J</p> <p>HOPITAL CONFESIONNEL ..... K</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ ..... L</p> <p>PHARMACIE ..... M</p> <p>ABPF ..... N</p> <p>AGENT SANTÉ (ONG) ..... O</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL</p> <p>PRIVÉ ..... P</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE ..... Q</p> <p>ÉGLISE/MOSQUEE ..... R</p> <p>AMI/PARENTS ..... S</p> <p>BAR/BUVETTE ..... T</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
326	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez reçu la visite d'un agent de santé qui vous a parlé de planification familiale ? <b>(8)</b>	OUI ..... 1 NON ..... 2	
327	Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même (ou pour vos enfants) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 401
328	Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

401	<p>VÉRIFIEZ 224 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2006 OU PLUS TARD</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>AUCUNE NAISSANCE EN 2006 OU PLUS TARD</p> <input type="checkbox"/> </div> </div> <p style="text-align: right;">→ 556</p>			
402	<p>VÉRIFIEZ 215 : INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE EN 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).</p>			
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	<p>Qui avez-vous consulté ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN ..... A</p> <p>INFIRMIÈRE/</p> <p>SAGE-FEMME ..... B</p> <p>AIDE SOIGNANTE/</p> <p>ASSISTANTE</p> <p>ACCOUCHEUSE ..... C</p> <p>AUTRE PERSONNEL</p> <p>MATRONE ..... D</p> <p>ACCOUCHEUSE</p> <p>TRADITION ..... E</p> <p>AGENT DE SANTÉ</p> <p>COMMUNAUT./</p> <p>VILLAGE ..... F</p> <p>AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)</p>		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
410	<p>Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette naissance ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>MAISON</p> <p>VOTRE MAISON A</p> <p>AUTRE MAISON B</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... D</p> <p>MATERNITÉ ISOLÉE E</p> <p>UNITÉ VILLAGEOISE F</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ G</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... H</p> <p>HÔPITAL CONFES- SIONNEL ..... I</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>_____ J</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>		
411	<p>De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez eu votre première consultation prénatale pour cette grossesse ?</p> <p>MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>			
412	<p>Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu de consultation prénatale ?</p> <p>NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>			
413	<p>Est-ce qu'au cours des visites prénatales durant cette grossesse, les examens suivants ont été effectués au moins une fois :</p> <p>OUI NON</p> <p>Vous a-t-on pris le poids ? POIDS ... 1 2</p> <p>Vous a-t-on mesuré la taille ? TAILLE ..... 1 2</p> <p>Vous a-t-on pris la tension ? TENSION ... 1 2</p> <p>Vous a-t-on prélevé de l'urine ? URINE ..... 1 2</p> <p>Vous a-t-on prélevé du sang ? SANG ... 1 2</p> <p>Vous a-t-on palpé à l'abdomen? ADOMEN ... 1 2</p> <p>Vous-a-t-on fait une échographie? ECHOGR... 1 2</p> <p>Vous-a-t-on fait le déparasitage? DEPARAS... 1 2</p> <p>Vous-a-t-on donné des conseils nutritionnels? NUTRITIC... 1 2</p>			
414	<p>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 ?</p> <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>			
414A	<p>Vous a-t-on préparé à l'accouchement ?</p> <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
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 ? <b>(3)</b>	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, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ? MONTREZ COMP./SIROP.	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 423) ← NE SAIT PAS ..... 8		
422	Pendant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris des comprimés ou du sirop ? 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		
425	Quels médicaments avez-vous pris ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS DÉTERMINÉ, MONTREZ DES ANTIPALUDÉENS COURANTS À L'ENQUÊTÉE.	SP/FANSIDAR ... A CHLOROQUINE ... B  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
426	VÉRIFIEZ 425 :  SP/FANSIDAR PRIS À TITRE PRÉVENTIF CONTRE LE PALUDISME.	CODE 'A'      CODE ENCERCLÉ    A' NON <input type="checkbox"/> ENCE ↓      ENCE (PASSEZ À 430) ←		
427	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la (SP/Fansidar) ?	FOIS <input type="text"/>		
427A	A quel moment de la grossesse avez-vous commencé à prendre la SP/FANSIDAR (avant le 4è mois, au 4è mois ou après le 4è mois) ou (quand le bébé a commencé à bouger) ?	AVANT 4è MOIS    1 AU 4è MOIS      2 APRÈS LE 4è MOIS    3  QUAND BÉBÉ A COMMENCÉ A BOUGER      4		
428	VÉRIFIEZ 409 :  SOINS PRÉNATALS PAR DU PERSONNEL DE SANTÉ DURANT CETTE GROSSESSE.	CODE 'A',      AUTRE 'B' OU 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓      ENCE (PASSEZ À 430) ←		
429	Vous a-t-on donné la (SP/Fansidar) 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	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"/>  KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/>  NE SAIT PAS      99998	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/>  KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/>  NE SAIT PAS      99998	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/>  KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/>  NE SAIT PAS      99998

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
433	<p>Qui vous a assisté durant l'accouchement de (NOM) ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>INSISTEZ POUR LES TYPES DE PERSONNES ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE PERSONNE NE L'A ASSISTÉE, INSISTEZ POUR DÉTERMINER SI DES ADULTES ÉTAIENT PRÉSENTS À L'ACCOUCHEMENT.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN ..... A</p> <p>INFIRMIÈRE/</p> <p>SAGE-FEMME B</p> <p>AIDE SOIGNANTE/</p> <p>ASSISTANTE</p> <p>ACCOUCHEUSE C</p> <p>AUTRE PERSONNEL</p> <p>MATRONE ... D</p> <p>ACCOUCHEUSE</p> <p>TRADITION ... E</p> <p>AGENT DE SANTÉ</p> <p>COMMUNAUT./</p> <p>VILLAGE ..... F</p> <p>AMI/PARENTS ... G</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>PERSONNE ..... Y</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN ..... A</p> <p>INFIRMIÈRE/</p> <p>SAGE-FEMME B</p> <p>AIDE SOIGNANTE/</p> <p>ASSISTANTE</p> <p>ACCOUCHEUSE C</p> <p>AUTRE PERSONNEL</p> <p>MATRONE ... D</p> <p>ACCOUCHEUSE</p> <p>TRADITION ... E</p> <p>AGENT DE SANTÉ</p> <p>COMMUNAUT./</p> <p>VILLAGE ..... F</p> <p>AMI/PARENTS ... G</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>PERSONNE ..... Y</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN ..... A</p> <p>INFIRMIÈRE/</p> <p>SAGE-FEMME B</p> <p>AIDE SOIGNANTE/</p> <p>ASSISTANTE</p> <p>ACCOUCHEUSE C</p> <p>AUTRE PERSONNEL</p> <p>MATRONE ... D</p> <p>ACCOUCHEUSE</p> <p>TRADITION ... E</p> <p>AGENT DE SANTÉ</p> <p>COMMUNAUT./</p> <p>VILLAGE ..... F</p> <p>AMI/PARENTS ... G</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>PERSONNE ..... Y</p>
434	<p>Où avez-vous accouché de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>MAISON</p> <p>VOTRE MAISON 11</p> <p>(PASSEZ À 438) ←</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ</p> <p>GOUVT. .... 22</p> <p>MATERNITÉ ISOLÉE. 23</p> <p>UNITÉ VILLAGEOISE. 24</p> <p>AUTRE SECTEUR</p> <p>PUBLIC</p> <p>_____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE</p> <p>PRIVÉ ..... 31</p> <p>HÔPITAL CONFES-</p> <p>SIONNEL ..... 32</p> <p>AUTRE SECTEUR</p> <p>MED. PRIVÉ</p> <p>_____ 36</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>(PASSEZ À 438) ←</p>	<p>MAISON</p> <p>VOTRE MAISON 11</p> <p>(PASSEZ À 448) ←</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ</p> <p>GOUVT. .... 22</p> <p>MATERNITÉ ISOLÉE. 23</p> <p>UNITÉ VILLAGEOISE. 24</p> <p>AUTRE SECTEUR</p> <p>PUBLIC</p> <p>_____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE</p> <p>PRIVÉ ..... 31</p> <p>HÔPITAL CONFES-</p> <p>SIONNEL ..... 32</p> <p>AUTRE SECTEUR</p> <p>MED. PRIVÉ</p> <p>_____ 36</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>(PASSEZ À 448) ←</p>	<p>MAISON</p> <p>VOTRE MAISON 11</p> <p>(PASSEZ À 448) ←</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ</p> <p>GOUVT. .... 22</p> <p>MATERNITÉ ISOLÉE. 23</p> <p>UNITÉ VILLAGEOISE. 24</p> <p>AUTRE SECTEUR</p> <p>PUBLIC</p> <p>_____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE</p> <p>PRIVÉ ..... 31</p> <p>HÔPITAL CONFES-</p> <p>SIONNEL ..... 32</p> <p>AUTRE SECTEUR</p> <p>MED. PRIVÉ</p> <p>_____ 36</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>(PASSEZ À 448) ←</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____												
434A	Combien de temps après l'accouchement de (NOM) êtes-vous restée là ?  SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.	HEURES 1 <table border="1"><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 examinée. Est-ce que quelqu'un a contrôlé votre état de santé après que vous ayez donné naissance à (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 442) ←														
439	Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?  INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... 11 INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME 12 AIDE SOIGNANTE/ ASSISTANTE ACCOUCHEUSE 13 AUTRE PERSONEL MATRONE ... 21 ACCOUCHEUSE TRADITION ... 22 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE ..... 23  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)														

440	<p>Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES. 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><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><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><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 qu'un professionnel de la santé ou une accoucheuse traditionnelle 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. 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><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><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><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>INFIRMIÈRE/</p> <p>SAGE-FEMME 12</p> <p>AIDE SOIGNANTE/</p> <p>ASSISTANTE</p> <p>ACCOUCHEUSE 13</p> <p>AUTRE PERSONEL</p> <p>MATRONE .... 21</p> <p>ACCOUCHEUSE</p> <p>TRADITION ... 22</p> <p>AGENT DE SANTÉ</p> <p>COMMUNAUT./</p> <p>VILLAGE ..... 23</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>																			
445	<p>Où ce premier examen de (NOM) a-t-il eu lieu ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCELEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>MAISON</p> <p>VOTRE MAISON 11</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ</p> <p>GOUVT. .... 22</p> <p>MATERNITÉ ISOLÉE. 23</p> <p>UNITÉ VILLAGEOISE. 24</p> <p>AUTRE PUBLIC</p> <p>_____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE</p> <p>PRIVÉ ..... 31</p> <p>HÔPITAL CONFES-</p> <p>SIONNEL ..... 32</p> <p>AUTRE MÉDICAL</p> <p>PRIVÉ _____ 36</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>																			



N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
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 D'AMPOULES/ GÉLULES/SIROP.	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 ?		OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 452) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 452) ←
449	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ?	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98
450	VÉRIFIEZ 226 : L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ENCEINTE ?	PAS EN-CEINTE <input type="checkbox"/> ↓ ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 452)		
451	Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 453) ←		
452	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98
453	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI ..... 1 (PASSEZ À 455) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
454	VÉRIFIEZ 404 : L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 460) DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 501)		
455	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ?  SI MOINS D'UNE HEURE, INSCRIVEZ '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, ENREGISTREZ EN HEURES. SINON, ENREGISTREZ EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT 000  HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
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 a 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 CALMANTE POUR COLIQUES D SOLUTION D'EAU SALÉE SUCRÉ E JUS DE FRUIT .... F LAIT EN POUDRE POUR BÉBÉ ... G THÉ/INFUSIONS ... H CAFÉ ..... I MIEL ..... J  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)		
458	VÉRIFIEZ 404 :  L'ENFANT EST-IL EN VIE ?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 405 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAIS. ALLEZ À 501)
459	Allaitez-vous encore (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2		
460	(NOM) a-t-il bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
461		(RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	(RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	(RETOURNEZ À 405 À L'AVANT-DER. COLONNE DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE 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 (1) OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES, EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ LES 2 DERNIÈRES COLONNES DE QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).																																																																																																																																																																																																								
502	N° DE LIGNE DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES			DERNIÈRE NAISSANCE  N° HISTORIQUE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>			AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE  N° HISTORIQUE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>			AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE  N° HISTORIQUE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>																																																																																																																																																																																															
503	À PARTIR DE 212 ET 216			NOM _____  EN VIE <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> DÉCÉDÉ <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> (ALLEZ À 503 À LA COL.SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)			NOM _____  EN VIE <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> DÉCÉDÉ <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> (ALLEZ À 503 À LA COL.SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)			NOM _____  EN VIE <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> DÉCÉDÉ <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DER.COL. DU NOUVEAU QUEST. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISS., ALLEZ À 553)																																																																																																																																																																																															
504	Avez-vous un carnet où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ? (2) SI OUI : Puis-je le voir ?			OUI, VU ..... 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU ..... 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET ..... 3			OUI, VU ..... 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU ..... 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET ..... 3			OUI, VU ..... 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU ..... 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET ..... 3																																																																																																																																																																																															
505	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ? (2)			OUI ..... 1 (PASSEZ À 509) ← NON ..... 2			OUI ..... 1 (PASSEZ À 509) ← NON ..... 2			OUI ..... 1 (PASSEZ À 509) ← NON ..... 2																																																																																																																																																																																															
506	(1) COPIEZ LES DATES DU CARNET. (2) (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.																																																																																																																																																																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th><th colspan="3">DERNIÈRE NAISSANCE</th><th colspan="3">AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE</th><th colspan="3">AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE</th></tr> <tr> <th>JOUR</th><th>MOIS</th><th>ANNÉE</th><th>JOUR</th><th>MOIS</th><th>ANNÉE</th><th>JOUR</th><th>MOIS</th><th>ANNÉE</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td><td>BCG</td><td></td><td></td><td>BCG</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)</td><td></td><td></td><td></td><td>P0</td><td></td><td></td><td>P0</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO 1</td><td></td><td></td><td></td><td>P1</td><td></td><td></td><td>P1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO 2</td><td></td><td></td><td></td><td>P2</td><td></td><td></td><td>P2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POLIO 3</td><td></td><td></td><td></td><td>P3</td><td></td><td></td><td>P3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTC0q 1</td><td></td><td></td><td></td><td>D1</td><td></td><td></td><td>D1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTC0q 2</td><td></td><td></td><td></td><td>D2</td><td></td><td></td><td>D2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTC0q 3</td><td></td><td></td><td></td><td>D3</td><td></td><td></td><td>D3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>HepB+Hib 1</td><td></td><td></td><td></td><td>H1</td><td></td><td></td><td>H1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>HepB+Hib 2</td><td></td><td></td><td></td><td>H2</td><td></td><td></td><td>H2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>HepB+Hib 3</td><td></td><td></td><td></td><td>H3</td><td></td><td></td><td>H3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Penta 1</td><td></td><td></td><td></td><td>Pent1</td><td></td><td></td><td>Pent1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Penta 2</td><td></td><td></td><td></td><td>Pent2</td><td></td><td></td><td>Pent2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Penta 3</td><td></td><td></td><td></td><td>Pent3</td><td></td><td></td><td>Pent3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VAA/ROUGEOLE</td><td></td><td></td><td></td><td>ROU</td><td></td><td></td><td>ROU</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FIEVRE JAUNE</td><td></td><td></td><td></td><td>FJ</td><td></td><td></td><td>FJ</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)</td><td></td><td></td><td></td><td>VIT A</td><td></td><td></td><td>VIT A</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>														DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE			JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE	BCG				BCG			BCG			POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)				P0			P0			POLIO 1				P1			P1			POLIO 2				P2			P2			POLIO 3				P3			P3			DTC0q 1				D1			D1			DTC0q 2				D2			D2			DTC0q 3				D3			D3			HepB+Hib 1				H1			H1			HepB+Hib 2				H2			H2			HepB+Hib 3				H3			H3			Penta 1				Pent1			Pent1			Penta 2				Pent2			Pent2			Penta 3				Pent3			Pent3			VAA/ROUGEOLE				ROU			ROU			FIEVRE JAUNE				FJ			FJ			VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)				VIT A			VIT A		
	DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE																																																																																																																																																																																																		
	JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE																																																																																																																																																																																																
BCG				BCG			BCG																																																																																																																																																																																																		
POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)				P0			P0																																																																																																																																																																																																		
POLIO 1				P1			P1																																																																																																																																																																																																		
POLIO 2				P2			P2																																																																																																																																																																																																		
POLIO 3				P3			P3																																																																																																																																																																																																		
DTC0q 1				D1			D1																																																																																																																																																																																																		
DTC0q 2				D2			D2																																																																																																																																																																																																		
DTC0q 3				D3			D3																																																																																																																																																																																																		
HepB+Hib 1				H1			H1																																																																																																																																																																																																		
HepB+Hib 2				H2			H2																																																																																																																																																																																																		
HepB+Hib 3				H3			H3																																																																																																																																																																																																		
Penta 1				Pent1			Pent1																																																																																																																																																																																																		
Penta 2				Pent2			Pent2																																																																																																																																																																																																		
Penta 3				Pent3			Pent3																																																																																																																																																																																																		
VAA/ROUGEOLE				ROU			ROU																																																																																																																																																																																																		
FIEVRE JAUNE				FJ			FJ																																																																																																																																																																																																		
VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)				VIT A			VIT A																																																																																																																																																																																																		
507	VÉRIFIEZ 506 :			BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ(3) AUTRE <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>			BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ(3) AUTRE <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>			BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ(3) AUTRE <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>																																																																																																																																																																																															
				(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 deux 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 <sup>res</sup> SEMAINES 1 PLUS TARD ..... 2	DEUX 1 <sup>res</sup> SEMAINES 1 PLUS TARD ..... 2	DEUX 1 <sup>res</sup> 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 au bras gauche, 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 contre la rougeole ou le VAR, c'est-à-dire une injection dans le bras droit à l'âge de 9 mois ou plus tard, pour lui éviter la rougeole ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
511A	Est-ce que (NOM) a reçu certaines de ces vaccinations au cours des douze derniers mois lors d'une campagne (journée) 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
511B	Au cours de quelle campagne nationale de vaccination, (NOM) a-t-il reçu ces vaccinations ?  NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MARS, 2010 ..... A AVRIL, 2010 ..... B NOVEMBRE, 2010 ..... C DÉCEMBRE, 2010 ..... D MAI, 2011 ..... E  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	MARS, 2010 ..... A AVRIL, 2010 ..... B NOVEMBRE, 2010 ..... C DÉCEMBRE, 2010 ..... D MAI, 2011 ..... E  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	MARS, 2010 ..... A AVRIL, 2010 ..... B NOVEMBRE, 2010 ..... C DÉCEMBRE, 2010 ..... D MAI, 2011 ..... E  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)
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 D'AMPOULES/ GÉLULES/SIROP.	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
512	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) des comprimés de fer, des granules avec du fer ou du sirop contenant du fer comme (celui-ci/l'un de ceux-ci) ?  MONTREZ DES MODÈLES COURANTS DE COMPRIMÉS, GRANULES OU SIROP.	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 ? (8)	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 ?	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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
517	<p>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 ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ: Lui a-t-on donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?</p>	<p>BEUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS ... 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3</p> <p>PLUS ..... 4</p> <p>A STOPPÉ</p> <p>NOURRITURE ... 5</p> <p>N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>BEUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS ... 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3</p> <p>PLUS ..... 4</p> <p>A STOPPÉ</p> <p>NOURRITURE ... 5</p> <p>N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>BEUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS ... 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3</p> <p>PLUS ..... 4</p> <p>A STOPPÉ</p> <p>NOURRITURE ... 5</p> <p>N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>
518	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 522) ←</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 522) ←</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 522) ←</p>
519	<p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ÉTABLISSEMENT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B</p> <p>CLINIQUE PF . . C</p> <p>AGENT DE TERRAIN D</p> <p>CENTRE SOCIAL.. E</p> <p>AGENT DE SANTE STRAT AV F</p> <p>AGENT DE SANTE/ RELAI COMM G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ H</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... I</p> <p>HÔPITAL CONFES- SIONNEL ..... J</p> <p>CABINET MEDCAL PRIVÉ ..... K</p> <p>PHARMACIE ... L</p> <p>ABPF M</p> <p>AGENT SANTÉ (ONG) N</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ O</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE ..... P</p> <p>PRATICIEN</p> <p>TRADITIONNEL Q</p> <p>MARCHÉ ..... R</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B</p> <p>CLINIQUE PF . . C</p> <p>AGENT DE TERRAIN D</p> <p>CENTRE SOCIAL.. E</p> <p>AGENT DE SANTE STRAT AV F</p> <p>AGENT DE SANTE/ RELAI COMM G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ H</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... I</p> <p>HÔPITAL CONFES- SIONNEL ..... J</p> <p>CABINET MEDCAL PRIVÉ ..... K</p> <p>PHARMACIE ... L</p> <p>ABPF M</p> <p>AGENT SANTÉ (ONG) N</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ O</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE ..... P</p> <p>PRATICIEN</p> <p>TRADITIONNEL Q</p> <p>MARCHÉ ..... R</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B</p> <p>CLINIQUE PF . . C</p> <p>AGENT DE TERRAIN D</p> <p>CENTRE SOCIAL.. E</p> <p>AGENT DE SANTE STRAT AV F</p> <p>AGENT DE SANTE/ RELAI COMM G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ H</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... I</p> <p>HÔPITAL CONFES- SIONNEL ..... J</p> <p>CABINET MEDCAL PRIVÉ ..... K</p> <p>PHARMACIE ... L</p> <p>ABPF M</p> <p>AGENT SANTÉ (ONG) N</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ O</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE ..... P</p> <p>PRATICIEN</p> <p>TRADITIONNEL Q</p> <p>MARCHÉ ..... R</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
520	VÉRIFIEZ 519 :	2 CODES      UN SEUL <input type="checkbox"/> OU      CODE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PLUS ENCER- ENCERCLÉS      CLÉ ↓ (PASSEZ À 522) ←	2 CODES      UN SEUL <input type="checkbox"/> OU      CODE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PLUS ENCER- ENCERCLÉS      CLÉ ↓ (PASSEZ À 522) ←	2 CODES      UN SEUL <input type="checkbox"/> OU      CODE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PLUS ENCER- ENCERCLÉS      CLÉ ↓ (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 :	OUI NON NSP  a) Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé [NOM LOCAL POUR LE SACHET SRO] ? SACHET SRO      1      2      8  b) Un liquide SRO préconditionné ? LIQUIDE SRO      1      2      8  c) Un liquide maison recommandé par le gouvernement ? LIQUIDE MAISON      1      2      8	OUI NON NSP  a) Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé [NOM LOCAL POUR LE SACHET SRO] ? SACHET SRO      1      2      8  b) Un liquide SRO préconditionné ? LIQUIDE SRO      1      2      8  c) Un liquide maison recommandé par le gouvernement ? LIQUIDE MAISON      1      2      8	OUI NON NSP  a) Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé [NOM LOCAL POUR LE SACHET SRO] ? SACHET SRO      1      2      8  b) Un liquide SRO préconditionné ? LIQUIDE SRO      1      2      8  c) Un liquide maison recommandé par le gouvernement ? LIQUIDE MAISON      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 OU SIROP ANTIBIOTIQUE      A ANTIMOTILITÉ      B ZINC ..... C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) ..... D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E  INJECTION ANTIBIOTIQUE      F NON ANTIBIOT      G INJECTION INCONNUE ... H  (IV) INTRAVEINEUSE      I  REMÈDE MAISON/ HERBES MEDICINALES ..... J  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE      A ANTIMOTILITÉ      B ZINC ..... C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) ..... D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E  INJECTION ANTIBIOTIQUE      F NON ANTIBIOT      G INJECTION INCONNUE ... H  (IV) INTRAVEINEUSE      I  REMÈDE MAISON/ HERBES MEDICINALES ..... J  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE      A ANTIMOTILITÉ      B ZINC ..... C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) ..... D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E  INJECTION ANTIBIOTIQUE      F NON ANTIBIOT      G INJECTION INCONNUE ... H  (IV) INTRAVEINEUSE      I  REMÈDE MAISON/ HERBES MEDICINALES ..... J  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)

478 • Annexe E

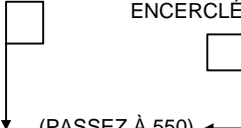
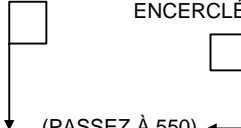
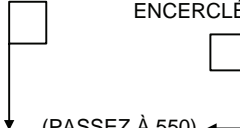
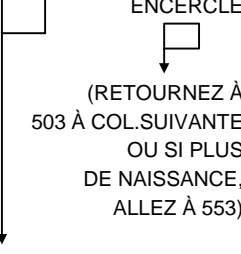
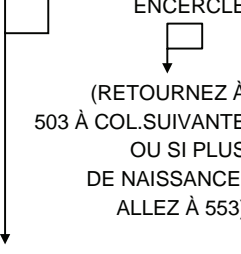
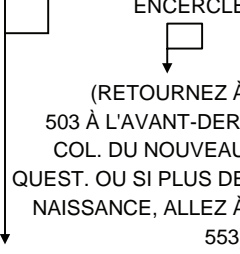


N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
531	<p>Je voudrais savoir maintenant quelle quantité de boisson a été donné à (NOM) (y compris le lait maternel) pendant sa maladie avec (de la fièvre ou de la toux).</p> <p>Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui en a-t-on donné beaucoup moins que d'habitude, ou un peu moins ?</p>	<p>BEUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS ... 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3</p> <p>PLUS ..... 4</p> <p>RIEN À BOIRE ..... 5</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>BEUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS ... 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3</p> <p>PLUS ..... 4</p> <p>RIEN À BOIRE ..... 5</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>BEUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS ... 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3</p> <p>PLUS ..... 4</p> <p>RIEN À BOIRE ..... 5</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>
532	<p>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 ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui en a-t-on donné beaucoup moins que d'habitude, ou un peu moins ?</p>	<p>BEUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS ... 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3</p> <p>PLUS ..... 4</p> <p>A STOPPÉ NOURRITURE ... 5</p> <p>N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>BEUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS ... 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3</p> <p>PLUS ..... 4</p> <p>A STOPPÉ NOURRITURE ... 5</p> <p>N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>BEUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS ... 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3</p> <p>PLUS ..... 4</p> <p>A STOPPÉ NOURRITURE ... 5</p> <p>N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>
533	<p>Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 537) ←</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 537) ←</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 537) ←</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
534	<p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ÉTABLISSEMENT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B</p> <p>CLINIQUE PF ... C</p> <p>AGENT DE TERRAIN D</p> <p>CENTRE SOCIAL.. E</p> <p>AGENT DE SANTE STRAT AV F</p> <p>AGENT DE SANTE/ RELAI COMM G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ H</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... I</p> <p>HÔPITAL CONFES- SIONNEL ..... J</p> <p>CABINET MEDCAL PRIVÉ ..... K</p> <p>PHARMACIE ... L</p> <p>ABPF M</p> <p>AGENT SANTÉ (ONG) N</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ O</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE ..... P</p> <p>PRATICIEN/ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL Q</p> <p>MARCHÉ ..... R</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B</p> <p>CLINIQUE PF ... C</p> <p>AGENT DE TERRAIN D</p> <p>CENTRE SOCIAL.. E</p> <p>AGENT DE SANTE STRAT AV F</p> <p>AGENT DE SANTE/ RELAI COMM G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ H</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... I</p> <p>HÔPITAL CONFES- SIONNEL ..... J</p> <p>CABINET MEDCAL PRIVÉ ..... K</p> <p>PHARMACIE ... L</p> <p>ABPF M</p> <p>AGENT SANTÉ (ONG) N</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ O</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE ..... P</p> <p>PRATICIEN/ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL Q</p> <p>MARCHÉ ..... R</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B</p> <p>CLINIQUE PF ... C</p> <p>AGENT DE TERRAIN D</p> <p>CENTRE SOCIAL.. E</p> <p>AGENT DE SANTE STRAT AV F</p> <p>AGENT DE SANTE/ RELAI COMM G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ H</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... I</p> <p>HÔPITAL CONFES- SIONNEL ..... J</p> <p>CABINET MEDCAL PRIVÉ ..... K</p> <p>PHARMACIE ... L</p> <p>ABPF M</p> <p>AGENT SANTÉ (ONG) N</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ O</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE ..... P</p> <p>PRATICIEN/ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL Q</p> <p>MARCHÉ ..... R</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>
535	VÉRIFIEZ 534 :	<p>2 CODES 1 SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS EN- <input type="checkbox"/></p> <p>ENCER- CERCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>(PASSEZ À 537) ←</p>	<p>2 CODES 1 SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS EN- <input type="checkbox"/></p> <p>ENCER- CERCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>(PASSEZ À 537) ←</p>	<p>2 CODES 1 SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS EN- <input type="checkbox"/></p> <p>ENCER- CERCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>(PASSEZ À 537) ←</p>
536	<p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES DE 534.</p>	<p>1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/></p>	<p>1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/></p>	<p>1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/></p>
537	<p>Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 552A) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 552A) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 552A) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
538	<p>Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ?</p> <p>Aucun autre médicament ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>ANTIPALUDÉENS</p> <p>SP/FANSIDAR      A</p> <p>CHLOROQUINE    B</p> <p>AMODIAQUINE    C</p> <p>QUININE          D</p> <p>CTA/COMBINAISON AVEC ARTÉMISI- NINE (COARTEM /COARSUCAM).. E</p> <p>AUTRE ANTI- PALUDÉEN                  F</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP                  G</p> <p>INJECTION      H</p> <p>AUTRE MÉDICAMENT ASPIRINE/ PARA- CÉTAMOLE    I</p> <p>ACETA- MINOPHEN    J</p> <p>IBUPROFEN    K</p> <p>AUTRE DONNÉ PLANTES MÉDICINALES . L</p> <p>AUTRE                  X</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS      Z</p>	<p>ANTIPALUDÉENS</p> <p>SP/FANSIDAR ... A</p> <p>CHLOROQUINE    B</p> <p>AMODIAQUINE    C</p> <p>QUININE          D</p> <p>CTA/COMBINAISON AVEC ARTÉMISI- NINE (COARTEM /COARSUCAM).. E</p> <p>AUTRE ANTI- PALUDÉEN                  F</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP                  G</p> <p>INJECTION      H</p> <p>AUTRE MÉDICAMENT ASPIRINE/ PARA- CÉTAMOLE    I</p> <p>ACETA- MINOPHEN    J</p> <p>IBUPROFEN    K</p> <p>AUTRE DONNÉ PLANTES MÉDICINALES . L</p> <p>AUTRE                  X</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS      Z</p>	<p>ANTIPALUDÉENS</p> <p>SP/FANSIDAR ... A</p> <p>CHLOROQUINE    B</p> <p>AMODIAQUINE    C</p> <p>QUININE          D</p> <p>CTA/COMBINAISON AVEC ARTÉMISI- NINE (COARTEM /COARSUCAM).. E</p> <p>AUTRE ANTI- PALUDÉEN                  F</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP                  G</p> <p>INJECTION      H</p> <p>AUTRE MÉDICAMENT ASPIRINE/ PARA- CÉTAMOLE    I</p> <p>ACETA- MINOPHEN    J</p> <p>IBUPROFEN    K</p> <p>AUTRE DONNÉ PLANTES MÉDICINALES . L</p> <p>AUTRE                  X</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS      Z</p>
539	VÉRIFIEZ 538 : Y A-T-IL UN CODE A-F ENCERCLÉ ?	<p>OUI                  NON</p> <p><input type="checkbox"/>                  <input type="checkbox"/></p> <p>(RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553).</p>	<p>OUI                  NON</p> <p><input type="checkbox"/>                  <input type="checkbox"/></p> <p>(RETOURNEZ À 503 À COL. SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)</p>	<p>OUI                  NON</p> <p><input type="checkbox"/>                  <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU SI PLUS DE NAISSANCE ALLEZ À 553)</p>
540	VÉRIFIEZ 538 : SP/FANSIDAR ('A') DONNÉ	<p>CODE 'A'      CODE 'A'</p> <p>ENCERCLÉ      NON</p> <p><input type="checkbox"/>                  <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSEZ À 542) ←</p>	<p>CODE 'A'      CODE 'A'</p> <p>ENCERCLÉ      NON</p> <p><input type="checkbox"/>                  <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSEZ À 542) ←</p>	<p>CODE 'A'      CODE 'A'</p> <p>ENCERCLÉ      NON</p> <p><input type="checkbox"/>                  <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSEZ À 542) ←</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
541	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la (SP/Fansidar) ?	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 :  CHLOROQUINE ('B') DONNÉE	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 de la Chloroquine ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
544	VÉRIFIEZ 538 :  AMODIAQUINE ('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 l'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
546	VÉRIFIEZ 538 :  QUININE ('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 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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
548	VÉRIFIEZ 538 :  CTA/ COMBINAISON AVEC ARTÉMISININE (COARTEM/COAR-SUCAM) DONNÉE, CODE ('E')	CODE 'E'      CODE 'E' ENCERCLÉ      NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 550)	CODE 'E'      CODE 'E' ENCERCLÉ      NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 550)	CODE 'E'      CODE 'E' ENCERCLÉ      NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 550)
549	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre une (COMBINAISON AVEC DE L'ARTÉMISININE) ?	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 ('F') DONNÉ	CODE 'F'      CODE 'F' ENCERCLÉ      NON ENCERCLÉ  (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	CODE 'F'      CODE 'F' ENCERCLÉ      NON ENCERCLÉ  (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	CODE 'F'      CODE 'F' ENCERCLÉ      NON ENCERCLÉ  (RETOURNEZ À 503 À L'AVANT-DER. COL. DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)
551	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre (AUTRE ANTIPALUDÉEN) ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
552A	Qu'est-ce qui a été fait alors pour (NOM), contre la fièvre/convulsions/attaques ?	FAIT UN ENVELOPPEMENT HUMIDE. 1 DONNÉ PLANTES MÉDICINALES ..... 2  AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8	FAIT UN ENVELOPPEMENT HUMIDE. 1 DONNÉ PLANTES MÉDICINALES ..... 2  AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8	FAIT UN ENVELOPPEMENT HUMIDE. 1 DONNÉ PLANTES MÉDICINALES ..... 2  AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8
552		RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553.	RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553.	ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553.

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
553	<p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES :</p> <p>NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2006 OU PLUS TARD VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p>INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE ET CONTINUEZ AVEC 554</p> <p>_____</p> <p>(NOM)</p>		556
554	<p>La dernière fois que (NOM DE 553) est allé aux toilettes, qu'avez-vous fait des excréments ?</p>	<p>ENFANT A UTILISÉ TOILETTES OU LATRINES ..... 01</p> <p>A JETÉ/RINSÉ DANS TOILETTES OU LATRINES ..... 02</p> <p>A JETÉ/RINSÉ DANS ÉGOUT OU CANIVEAU ..... 03</p> <p>JETÉ AUX ORDURES ..... 04</p> <p>ENTERRÉ ..... 05</p> <p>LAISSÉ À L'AIR ..... 06</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p>	
555	<p>VÉRIFIEZ 522(a) ET 522(b), TOUTES LES COLONNES :</p> <p>AUCUN ENFANT N'A REÇU DE LIQUIDE DE SACHET SRO OU DE LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ <input type="checkbox"/></p> <p>UN ENFANT A REÇU DU LIQUIDE DE SACHET SRO OU DU LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ <input type="checkbox"/></p>		557
556	<p>Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé [NOM LOCAL DES SACHETS SRO OU DU SRO PRÉCONDITIONNÉ AVEC DU ZINC] que vous pouvez obtenir pour le traitement de la diarrhée ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
557	<p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES :</p> <p>NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 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</p> <p>_____</p> <p>(NOM)</p>		562A

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
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>		
		OUI NON NSP	
a)	De l'eau ?	a) 1 2 8	
b)	Des jus ou des boissons à base de jus ?	b) 1 2 8	
c)	Du bouillon ?	c) 1 2 8	
d)	Du lait tel que du lait en boîte, en poudre ou du lait frais d'animal ?	d) 1 2 8	
	SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle bu du lait ?	NOMBRE DE FOIS	<input type="text"/>
	SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	QU'IL/ELLE A BU DU LAIT	
e)	Du lait en poudre pour bébé ?	e) 1 2 8	
	SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle bu du lait en poudre pour bébé ?	NOMBRE DE FOIS	<input type="text"/>
	SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	QU'IL/ELLE A BU DU LAIT EN POUDRE	
f)	D'autres liquides ?	f) 1 2 8	
g)	Du yaourt ?	g) 1 2 8	
	SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle mangé du yaourt ?	NOMBRE DE FOIS	<input type="text"/>
	SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	QU'IL/ELLE A MANGÉ DU YAOURT	
h)	Une préparation [NOM D'UNE MARQUE COMMERCIALE D'ALIMENTS ENRICHIS POUR BÉBÉS COMME Cerelac] ?	h) 1 2 8	
i)	Du pain, du riz, des pâtes, bouillie d'avoine ou autres préparations, etc à base de céréales ?	i) 1 2 8	
j)	Des citrouilles, carottes, courges ou pommes de terre douces, etc qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur ?	j) 1 2 8	
k)	Des pommes de terre, ignames blanches, manioc, ou préparations à base de tubercules ?	k) 1 2 8	
l)	Des légumes à feuilles vert foncé ?	l) 1 2 8	
m)	Des mangues, papayes mûres ou [autres fruits locaux riches en vitamine A et qui sont disponibles] ?	m) 1 2 8	
n)	D'autres fruits ou légumes [par ex. banane, pomme, compote de pomme, haricots verts, avocat, tomate] ?	n) 1 2 8	
o)	Autres aliments à base de légumes/légumineuses [par ex. haricots, lentilles, soja, légumineuses, noix de cajou, arachides ou autres noix, etc] ?	o) 1 2 8	
p)	Du foie, rognons, cœur ou autres abats ?	p) 1 2 8	
q)	De la viande de bœuf, de porc, d'agneau, de chèvre, du poulet ou du canard ?	q) 1 2 8	
r)	Des œufs ?	r) 1 2 8	
s)	Du poisson frais ou séché ou des crustacés ?	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 ?	u) 1 2 8	
v)	N'importe quelle préparation à base d'aliments solides, semi solides, ou mous ?	v) 1 2 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
559	<p>VÉRIFIEZ 558 (CATÉGORIES "g" À "v") :</p> <p>PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> "OUI" ↓</p> <p>AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> →</p>		561
560	<p>Est-ce que hier durant le jour ou la nuit (NOM) a mangé des aliments solides, semi solides ou mous ?</p> <p>SI 'OUI' INSISTEZ : Quel type d'aliments solide, semi solide ou mou (NOM DE 557 ) a-t-il/elle mangé hier durant le jour ou la nuit ?</p>	<p>OUI ..... 1 (RETOURNEZ À 558 POUR ENREGISTRER LES ALIMENTS CON-SOMMÉS HIER, PUIS CONTINUER À 561)</p> <p>NON ..... 2 →</p>	562
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="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
562A	<p><b>VERIFIER LA PAGE DE COUVERTURE</b></p> <p><b>SI SÉLECTION MÉNAGE = 1</b> <input type="checkbox"/> ↓</p> <p><b>SI SÉLECTION MÉNAGE = 2</b> <input type="checkbox"/> →</p>		601
562	ENREGISTRER L'HEURE.	<p>HEURE..... <input type="text"/></p> <p>MINUTES..... <input type="text"/></p>	
563	<p>VÉRIFIER 101E ET 101F:</p> <p>A ACCEPTÉ LA PRISE DE LA TENSION ARTÉRIELLE <input type="checkbox"/> ↓</p>	<p>PRISE DE LA TENSION ARTÉRIELLE REFUSÉE <input type="checkbox"/> →</p>	601
564	<p>Puis-je mesurer votre tension artérielle en ce moment ?</p> <p>SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE DATE _____</p> <p>L'ENQUÊTÉ ACCEPTE LA MESURE <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>ENREGISTRER LE RÉSULTAT DE LA MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE</p> <p>L'ENQUÊTÉ REFUSE LA MESURE <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>ENREGISTRER 9994</p>	<p><b>TENSION ARTÉRIELLE</b></p> <p>SYSTOLIQUE/MAX .... 1 <input type="text"/></p> <p>DIASTOLIQUE/MIN .... 2 <input type="text"/></p> <p><b>RAISON POUR LAQUELLE LA PRESSION N'A PAS ÉTÉ MESURÉE.</b></p> <p>REFUSÉ '9994</p> <p>PROBLÈMES TECHNIQUES '9995</p> <p>AUTRES '9996</p> <p>(À SPÉCIFIER) _____</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	<p>VÉRIFIEZ 609 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> UNE SEULE FOIS</p> <p>En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (mari/partenaire) ?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE FOIS</p> <p>Je voudrais maintenant vous parler de votre premier (mari/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ?</p> </div> </div>	<p>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98</p> <p>ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE ..... 9998</p>	→ 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	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains aspects importants de la vie.</p> <p>Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels ?</p>	<p>N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS ..... 00</p> <p>ÂGE EN ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>1<sup>ère</sup> FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIER) MARI/PARTENAIRE ..... 95</p>	→ 628

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
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	<p>Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la <u>dernière</u> fois ?</p> <p>S'IL Y A MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS.</p> <p>S'IL Y A 12 MOIS (UN AN) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.</p>	<p>IL Y A .... JOURS ..... 1</p> <p>IL Y A .... SEMAINES ... 2</p> <p>IL Y A .... MOIS ..... 3</p> <p>IL Y A .... ANNÉES ..... 4</p>	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <p>→ 627</p>

		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 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A... SEMAINE 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A... MOIS 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																			IL Y A... JOURS 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A... SEMAINE 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A... MOIS 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																																																						
617	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels (avec cette seconde/troisième personne), un condom a-t-il été utilisé ? (2)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 619) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 619) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 619) ←																																																																								
618	Un condom a-t-il été utilisé chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2																																																																								
619	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ?  SI 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 MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE <table border="1"><tr><td></td></tr></table> FOIS FOIS (PASSEZ) ← À 622)		MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE <table border="1"><tr><td></td></tr></table> FOIS FOIS (PASSEZ) ← À 622)		MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE <table border="1"><tr><td></td></tr></table> FOIS FOIS (PASSEZ) ← À 622)																																																																						
621	VÉRIFIEZ 613 :	1 <sup>re</sup> FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>er</sup> MARI <table border="1"><tr><td></td></tr></table> AUTRE <table border="1"><tr><td></td></tr></table> (PASSEZ À 623)			1 <sup>re</sup> FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>er</sup> MARI <table border="1"><tr><td></td></tr></table> AUTRE <table border="1"><tr><td></td></tr></table> (PASSEZ À 623)			1 <sup>re</sup> FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>er</sup> MARI <table border="1"><tr><td></td></tr></table> AUTRE <table border="1"><tr><td></td></tr></table> (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 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A... SEMAINE 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A... MOIS 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A... ANNÉES 4 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																									IL Y A... JOURS 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A... SEMAINE 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A... MOIS 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A... ANNÉES 4 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																									IL Y A... JOURS 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A... SEMAINE 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A... MOIS 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A... ANNÉES 4 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																								
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. SI LE NBRE EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	NOMBRE DE FOIS <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			NOMBRE DE FOIS <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			NOMBRE DE FOIS <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>																																																																				
624	Quel âge a cette personne ?	ÂGE DU PARTENAIRE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 98			ÂGE DU PARTENAIRE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 98			ÂGE DU PARTENAIRE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 98																																																																				

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL				
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 <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>  NOMBRE ... <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>  NE SAIT PAS ..... 98				

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
627	<p>En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ?</p> <p>SI LA RÉPONSE EST NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE PARTENIAIRES EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</p>	<p>NOMBRE DE 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 &lt;10 ANS ..... 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 condoms (préservatif masculin) ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 632
630	<p>Où est cet endroit ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVT ... B</p> <p>CLINIQUE PLANIFICATION FAM... C</p> <p>AGENT DE TERRAIN ..... D</p> <p>CENTRE SOCIAL ..... E</p> <p>AGENT DE SANTE STRAT AV .... F</p> <p>AGENT DE SANTE/RELAJ COMM... G</p> <p>DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE . H</p> <p>AUTRE SECTEUR</p> <p>PUBLIC _____ I</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... J</p> <p>HOPITAL CONFESSIONNEL ..... K</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ ..... L</p> <p>PHARMACIE ..... M</p> <p>ABPF ..... N</p> <p>AGENT SANTÉ (ONG) ..... O</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL</p> <p>PRIVÉ _____ P</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE ..... Q</p> <p>ÉGLISE/MOSQUEE ..... R</p> <p>AMI/PARENTS ..... S</p> <p>BAR/BUVETTE ..... T</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
631	Est-ce que vous pouvez vous procurer des condoms si vous le souhaitez ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
632	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des condoms féminins ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 701
633	<p>Où est cet endroit ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVT ... B</p> <p>CLINIQUE PLANIFICATION FAM... C</p> <p>AGENT DE TERRAIN ..... D</p> <p>CENTRE SOCIAL ..... E</p> <p>AGENT DE SANTE STRAT AV .... F</p> <p>AGENT DE SANTE/RELAJ COMM... G</p> <p>DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE . H</p> <p>AUTRE SECTEUR</p> <p>PUBLIC _____ I</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... J</p> <p>HOPITAL CONFESSIONNEL..... K</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ ..... L</p> <p>PHARMACIE ..... M</p> <p>ABPF ..... N</p> <p>AGENT SANTÉ (ONG) ..... O</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL</p> <p>PRIVÉ _____ P</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE ..... Q</p> <p>ÉGLISE/MOSQUEE ..... R</p> <p>AMI/PARENTS ..... S</p> <p>BAR/BUVETTE ..... T</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
634	Est-ce que vous pouvez vous procurer des condoms féminins si vous le souhaitez ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8	

**SECTION 7. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
701	VÉRIFIEZ 304 :  NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> IL OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		712
702	VÉRIFIEZ 226 :  ENCEINTE <input type="checkbox"/> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/>		704
703	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Après l'enfant que vous attendez maintenant, souhaiteriez-vous un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus avoir d'enfants ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT ..... 1 PAS D'AUTRE ..... 2 INDÉCISE/NE SAIT PAS ..... 8	→ 705 → 711
704	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/un autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas (plus) avoir d'enfant ?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ... 1 PAS D'AUTRE/AUCUN ..... 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ..... 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS ..... 8	→ 707 → 712 → 710
705	VÉRIFIEZ 226 :  PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>  Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance (d'un/un autre) enfant ?  Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS ..... 1 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 UN/UN AUTRE ENFANT</p> <p><input type="checkbox"/></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 D'ENFANT/AUCUN</p> <p><input type="checkbox"/></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 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</p> <p>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>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	
710	<p>VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>PAS POSÉE</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>OUI, UTILISE ACTUELLEMENT</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>→</p> </div> </div>		712
711	<p>Pensez-vous que vous utiliserez, à un certain moment dans le futur, une méthode contraceptive pour retarder ou éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI ..... 1</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</p> <p><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</p> <p><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</p> <p>NOMBRE ..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 714</p> <p>→ 714</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;"> <span>GARÇONS</span> <span>FILLES</span> <span>N'IMPORTE</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> NOMBRE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> AUTRE _____ 96 </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">(PRÉCISEZ)</div>	
714	<p>Au cours des derniers mois, avez-vous :</p> <p>Entendu parler de la planification familiale à la radio ?</p> <p>Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ?</p> <p>Lu quelque chose sur la planification familiale dans les journaux ou magazines ?</p> <p>Sur une affiche ?</p> <p>Dans un prospectus/brochure ?</p> <p>A une séance d'animation culturelle/éducative?</p> <p>Dans les lieux de culte (église/mosquée)?</p> <p>A l'école?</p>	<div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-bottom: 5px;">OUI NON</div> <p>RADIO ..... 1 2</p> <p>TÉLÉVISION ..... 1 2</p> <p>JOURNAUX OU MAGAZINES ... 1 2</p> <p>AFFICHE ..... 1 2</p> <p>PROSPECTUS ..... 1 2</p> <p>ANIMATION CULTURELLE ... 1 2</p> <p>EGLISE/MOSC ..... 1 2</p> <p>A L'ECOLE ... 1 2</p>	
715	<p>A votre avis, est-il admissible ou inadmissible de parler de planification familiale:</p> <p>Entendu parler de la planification familiale à la radio ?</p> <p>Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ?</p> <p>Lu quelque chose sur la planification familiale dans les journaux ou magazines ?</p> <p>Sur une affiche ?</p> <p>Dans un prospectus/brochure ?</p> <p>A une séance d'animation culturelle/éducative?</p> <p>Dans les lieux de culte (église/mosquée)?</p> <p>A l'école?</p>	<div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-bottom: 5px;">INAD- ADMIS- MIS- SIBLE SIBLE</div> <p>RADIO ..... 1 2</p> <p>TÉLÉVISION ..... 1 2</p> <p>JOURNAUX OU MAGAZINES ... 1 2</p> <p>AFFICHE ..... 1 2</p> <p>PROSPECTUS ..... 1 2</p> <p>ANIMATION CULTURELLE ... 1 2</p> <p>EGLISE/MOSC ..... 1 2</p> <p>A L'ECOLE ... 1 2</p>	
715A	Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la pratique de la planification familiale avec vos amis ou amies, vos voisins ou voisines ou vos parents ou parentes ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 716
715B	<p>Avec qui en avez-vous discuté ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>ÉPOUSE/PARTENAIRE ..... A</p> <p>MÈRE ..... B</p> <p>PÈRE ..... C</p> <p>SOEUR(S) ..... D</p> <p>FRÈRE(S) ..... E</p> <p>COUSINE(S)/COUSIN(S) ..... F</p> <p>FILLE(S) ..... G</p> <p>FILS ..... H</p> <p>BELLE-MÈRE(S) ..... I</p> <p>BEAU-PÈRE ..... G</p> <p>AMI(E)S/VOISIN(E)S ..... K</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISER)</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
716	<p>VÉRIFIEZ 601 :</p> <p>OUI, <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT MARIÉE</p> <p>OUI, <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME</p> <p>NON, <input type="checkbox"/> PAS EN UNION</p>		801
717	<p>VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?</p> <p>UTILISE <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT</p> <p>N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT OU PAS POSÉE <input type="checkbox"/></p>		720
718	<p>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 ?</p>	<p>DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE ..... 1</p> <p>DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE ... 2</p> <p>DÉCISION COMMUNE ..... 3</p> <p>AUTRE ..... 6</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
719	<p>VÉRIFIEZ 304 :</p> <p>NI LUI, NI ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ</p> <p>LUI OU ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ</p>		801
720	<p>Est-ce que votre (mari/partenaire) veut le même nombre d'enfants que vous ou en veut-il plus ou moins que vous ?</p>	<p>MÊME NOMBRE ..... 1</p> <p>PLUS D'ENFANTS ..... 2</p> <p>MOINS D'ENFANTS ..... 3</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	

**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"/> <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 plus haut niveau d'étude qu'il a atteint: primaire, secondaire ou supérieur ?	<p>PRIMAIRE ..... 1</p> <p>SECONDAIRE 1 ..... 2</p> <p>SECONDAIRE 2 ..... 3</p> <p>SUPÉRIEUR ..... 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 '00'.</p>	<p>CLASSE ..... <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</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) ? C'est-à-dire quel genre de travail fait-il principalement ?</p> <p>Quelle était l'occupation de votre (dernier) (mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail faisait-il principalement ?</p>	<p><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</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
811	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?	<p><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
812	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte ?	<p>MEMBRE DE LA FAMILLE ..... 1</p> <p>QUELQU'UN D'AUTRE ..... 2</p> <p>A SON COMPTE ..... 3</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
813	Travaillez-vous habituellement toute l'année, ou de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE ..... 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE .... 2 DE TEMPS EN TEMPS ..... 3	
814	Êtes-vous payée en argent ou en nature pour ce travail ou n'êtes-vous pas payée du tout ?	ARGENT SEULEMENT ..... 1 ARGENT ET NATURE ..... 2 NATURE SEULEMENT ..... 3 PAS PAYÉE ..... 4	
815	VÉRIFIEZ 601 :  ACTUELLEMENT MARIÉE/VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/> → 823		
816	VÉRIFIEZ 814 :  CODE 1 OU 2 ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> → 819		
817	Habituellement, qui décide comment l'argent que vous gagnez va être utilisé : c'est vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	
818	Diriez-vous que vous gagnez plus que votre (mari/partenaire), moins ou à peu près la même chose ?	PLUS QUE LUI ..... 1 MOINS QUE LUI ..... 2 À PEU PRÈS LA MÊME CHOSE ..... 3 MARI/PARTENAIRE N'A PAS DE REVENUS ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8 → 820	
819	Habituellement, qui décide comment l'argent que votre (mari/partenaire) gagne va être utilisé: vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 MARI/PARTENAIRE NE PAS DE REVENUS ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	
820	Habituellement, qui prend les décisions en ce qui concerne vos propres soins de santé: vous, votre (mari/partenaire), conjointement vous et votre (mari/partenaire) ou quelqu'un d'autre ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	
821	Qui prend habituellement les décisions concernant les achats importants pour le ménage ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	
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 (PRÉCISEZ)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
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).	<div> <div>PRES./ PRES./ PAS ÉCOUTE ÉCOUTE PRES. PAS</div> <div> ENFANTS &lt; 10 ..... 1 2 3  MARI ..... 1 2 3  AUTRES HOMMES ... 1 2 3  AUTRES FEMMES ... 1 2 3 </div> </div>	
826	Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :  Si elle sort sans le lui dire ? Si elle néglige les enfants ? Si elle argumente avec lui ? Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ? Si elle brûle la nourriture ?	<div> <div>OUI NON NSP</div> <div> SORT SANS LUI DIRE 1 2 8  NÉGLIGE ENFANTS 1 2 8  ARGUMENTE ..... 1 2 8  REFUSES RAPP. SEX 1 2 8  BRÛLE NOURRITURE 1 2 8 </div> </div>	
826A	Le mari et la femme ne sont pas toujours d'accord sur tout. S'il vous plaît, dites-moi si vous pensez qu'il est légitime qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand :  Elle sait que son mari a une Infection Sexuellement Transmissible? Elle sait que son mari a des rapports sexuels avec des femmes autres que ses épouses ? Il refuse de mettre le préservatif qu'elle lui demande de mettre ? Elle a accouché récemment ? Elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur à ça ?	<div> <div>OUI NON NSP</div> <div> IL A UNE IST ..... 1 2 8  AUTRES FEMMES ..... 1 2 8  PRESERVATIF ..... 1 2 8  ACCOUCHE. RÉCENT ... 1 2 8  FATIGUÉE/PAS HUMEUR . 1 2 8 </div> </div>	
826B	Quand une femme sait que son mari a une infection/maladie transmissible par contact sexuel, est-il justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent un condom au cours des rapports sexuels?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
826C	Pouvez-vous refuser à votre mari d'avoir des rapports sexuels avec vous quand vous ne souhaitez pas en avoir?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ÇA DÉPEND/PAS SÛRE ..... 8	
826D	Pouvez-vous demander à votre mari d'utiliser un condom si vous voulez qu'il en utilise un?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ÇA DÉPEND/PAS SÛRE ..... 8	
826E	Dans votre ménage, qui prend les décisions concernant la santé de votre/vos enfant(s)?	ENQUÊTÉE SEULE ..... 1 ENQUÊTÉE AVEC CONJOINT ..... 2 ENQUÊTÉ AVEC QUELQU'UN D'AUTRE 3	
826F	Dans votre ménage, qui prend les décisions d'envoyer votre/vos enfant(s) à l'école?	ENQUÊTÉE SEULE ..... 1 ENQUÊTÉE AVEC CONJOINT ..... 2 ENQUÊTÉ AVEC QUELQU'UN D'AUTRE 3	

SECTION 9. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A																
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	Comment peut-on attraper le SIDA ?  Aucune autre façon ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARE.	RAPPORT SEXUELS ..... A RAPPORT SEXUELS AVEC DES PARTENAIRES MULTIPLES ... B RAP. SEXUELS AVEC PROSTITUES.. C NE PAS UTILISER CONDOM ..... D RELATIONS HOMOSEXUELLES ..... E TRANSFUSION DE SANG ..... F INJECTIONS ..... G EN EMBRESSANT ..... H PIQURES DE MOUSTIQUES ..... I OBJETS SOUILLES ..... J  AUTRE _____ X (PRÉCISER)																	
902	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
903	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par les piqûres de moustiques ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
904	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
905	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne qui a le sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
906	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
907	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
908	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son enfant :  Pendant la grossesse ? Au cours de l'accouchement ? Pendant l'allaitement ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th><th>NSP</th></tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </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"/> UN 'OUI' <input type="checkbox"/>	AUTRE <input type="checkbox"/> _____	→ 911																

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A																
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	<p>VÉRIFIEZ 208 ET 215 : AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> → 926</p> <p>DERNIÈRE NAISSANCE <input type="checkbox"/> DEPUIS JANVIER 2009</p> <p>DERNIÈRE NAISSANCE <input type="checkbox"/> AVANT JANVIER 2009 → 926</p>																		
912	<p>VÉRIFIEZ 408 POUR DERNIÈRE NAISSANCE :</p> <p>A EU DES SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/></p> <p>AUCUN SOIN PRÉNATAL <input type="checkbox"/> → 920</p>																		
913	VÉRIFIER S'IL Y A D'AUTRE PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ.																		
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> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th><th>NSP</th></tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </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 ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																	
916	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du virus du sida dans le cadre de vos soins prénatals ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 920																

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
917	<p>Où le test a-t-il été fait ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT ..... 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT ..... 12</p> <p>CENTRE DE DÉPISTAGE VOLONT . 13</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 14</p> <p>AGENT DE TERRAIN ..... 15</p> <p>AGENT DE SANTE STRAT AV ... 16</p> <p>AGENT DE SANTE/RELA COMM . 17</p> <p>DISPENSARE SCOLAIRE ..... 18</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 19</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... 21</p> <p>HOPITAL CONFESIONNEL ..... 22</p> <p>CENTRE DÉPISTAGE INDÉPENDA . 23</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ ..... 24</p> <p>PHARMACIE ..... 25</p> <p>ABPF ..... 26</p> <p>AGENT SANTÉ (ONG) ..... 27</p> <p>DISPENSARE SCOLAIRE ..... 28</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 29</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>MAISON ..... 31</p> <p>CENTRE DE DÉTENTION ..... 32</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="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/></p> <p>21-36 ENCERCLÉ</p>		→ 926
921	Entre le moment où vous 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 ce moment où vous avez fait un test durant votre grossesse ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 927



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
925	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A .....MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS ..... 95	→ 932
926	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous déjà fait un test pour savoir si vous avez le virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 930
927	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A .....MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS ..... 95	
928	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
929	Où le test a-t-il été fait ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT ..... 11 CENTRE DE SANTÉ GOUVT ..... 12 CENTRE DE DÉPISTAGE VOLONT . 13 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 14 AGENT DE TERRAIN ..... 15 AGENT DE SANTE STRAT AV ... 16 AGENT DE SANTE/RELAJ COMM . 17 DISPENSAIRE SCOLAIRE ..... 18 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 19 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ MÉDECIN PRIVÉ ..... 21 HOPITAL CONFESSIONNEL ..... 22 CENTRE DÉPISTAGE INDÉPENDA . 23 CABINET MÉDICAL PRIVÉ ..... 24 PHARMACIE ..... 25 ABPF ..... 26 AGENT SANTÉ (ONG) ..... 27 DISPENSAIRE SCOLAIRE ..... 28 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 29 (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE MAISON ..... 31 CENTRE DE DÉTENTION ..... 32 AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	→ 932
930	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour faire un test du virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 932

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
931	<p>Où est-ce ?</p> <p>Un autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT ..... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT ..... B</p> <p>CENTRE DE DÉPISTAGE VOLONT . C</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... D</p> <p>AGENT DE TERRAIN ..... E</p> <p>AGENT DE SANTE STRAT AV ... F</p> <p>AGENT DE SANTE/RELAJ COMM . G</p> <p>DISPENSARE SCOLAIRE ..... H</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ I</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... J</p> <p>HOPITAL CONFESSIONNEL ..... K</p> <p>CENTRE DÉPISTAGE INDÉPENDA . L</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ ..... M</p> <p>PHARMACIE ..... N</p> <p>ABPF ..... O</p> <p>AGENT SANTÉ (ONG) ..... P</p> <p>DISPENSARE SCOLAIRE ..... Q</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ R</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
932	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
933	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non ?	<p>OUI, RESTE SECRET ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ..... 8</p>	
934	Si un membre de votre famille tombait malade avec le sida, seriez-vous prête à prendre soin de lui/elle dans votre propre ménage ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ..... 8</p>	
935	Si une enseignante a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade, est-ce que, à votre avis, elle devrait être autorisée à continuer à enseigner à l'école ?	<p>DEVRAIT ÊTRE AUTORISÉE ..... 1</p> <p>NE DEVRAIT PAS ÊTRE AUTORISÉE 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ..... 8</p>	
936	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation de condoms pour éviter de contracter le sida ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ..... 8</p>	
936A	Est-ce qu'on devrait informer les élèves de 12-14 ans sur le VIH/SIDA à l'école ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ..... 8</p>	
936B	Etes-vous d'accord ou pas sur l'affirmation suivante : on doit connaître son statut de séropositivité avant d'avoir des rapports sexuels avec son ami/partenaire ?	<p>D'ACCORD ..... 1</p> <p>PAS D'ACCORD ..... 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ..... 8</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
937	<p>VÉRIFIEZ 901 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A ENTENDU <input type="checkbox"/> PARLER DU SIDA</p> <p>Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>N'A PAS ENTENDU <input type="checkbox"/> PARLER DU SIDA</p> <p>Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p> </div> </div>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
938	<p>VÉRIFIEZ 613 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A EU DES RAPPORTS <input type="checkbox"/> SEXUELS</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>N'A JAMAIS EU DE <input type="checkbox"/> RAPPORTS SEXUELS</p> </div> </div>		→ 946
939	<p>VÉRIFIEZ 937 : A ENTENDU PARLER D'AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p> </div>		→ 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 ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
941	<p>Il arrive parfois que les femmes aient des pertes vaginales, anormales et malodorantes.</p> <p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales anormales et malodorantes ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
942	<p>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 ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
943	<p>VÉRIFIEZ 940, 941, ET 942 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A EU UNE <input type="checkbox"/> INFECTION (AU MOINS UN 'OUI')</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>N'A PAS EU <input type="checkbox"/> D'INFECTION OU NE SAIT PAS</p> </div> </div>		→ 946
944	La dernière fois que vous avez eu (PROBLEME DÉCLARÉ À 940/941/942), avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 946

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
945	<p>Où êtes-vous allée ?</p> <p>Un autre endroit ?</p> <p>INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT ..... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT ..... B</p> <p>CENTRE DE DÉPISTAGE VOLONT . C</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... D</p> <p>AGENT DE TERRAIN ..... E</p> <p>AGENT DE SANTE STRAT AV ... F</p> <p>AGENT DE SANTE/RELAJ COMM . G</p> <p>DISPENSARE SCOLAIRE ..... H</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... I</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... J</p> <p>HOPITAL CONFESSIONNEL ..... K</p> <p>CENTRE DÉPISTAGE INDÉPENDA . L</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ ..... M</p> <p>PHARMACIE ..... N</p> <p>ABPF ..... O</p> <p>AGENT SANTÉ (ONG) ..... P</p> <p>DISPENSARE SCOLAIRE ..... Q</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ R</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE ..... S</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
946	Si une femme sait que son mari est atteint d'une maladie qu'elle peut contracter au cours de rapports sexuels, pensez-vous qu'il est justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent des condoms quand ils ont des rapports sexuels ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
947	Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a des relations sexuelles avec d'autres femmes ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
948	<p>VÉRIFIEZ 601 :</p> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/></p> <p>VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>PAS EN UNION <input type="checkbox"/></p>		1001
949	Pouvez-vous refuser d'avoir des rapports sexuels avec votre mari/partenaire quand vous ne souhaitez pas en avoir ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>CELA DÉPEND/PAS SÛRE ..... 8</p>	
950	Pourriez-vous demander à votre mari/partenaire d'utiliser un condom si vous vouliez qu'il en utilise un ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>CELA DÉPEND/PAS SÛRE ..... 8</p>	

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 align="center">(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 constituent, 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>	→ 1010A															

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
1010	Par quel type d'assurance êtes-vous couverte ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ASSURANCE MUTUELLE/ ASSURANCE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ..... A ASSURANCE SANTÉ PAR L'EMPLOYEUR ..... B SÉCURITÉ SOCIALE ..... C AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE ..... D AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	
1010A	Parfois les enfants souffrent de maladies sévères et devraient être immédiatement conduits dans un centre de santé.  Quels types de symptômes chez l'enfant vous inciteraient à le conduire tout de suite dans un établissement sanitaire?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ENFANT MOINS DE 2 ANS MALADE . A INCAPABLE DE BOIRE OU PRENDRE LE SEIN ..... B VOMIT TOUT CE QU'IL CONSOMM ... C CONVULSIONS ..... D LETHARGIQUE OU INCONSCIENT ... E CORPS CHAUD ET URINE FONCÉE/ COCA-COLA ..... F CORPS CHAUD ET YEUX JAUNES ... G SANG DANS LES SELLES OU SAIGNE- MENT ANORMAL ..... H PALEUR PALMAIRE SEVERE ... I DIARRHÉE/PLI CUTANÉ QUI S'EFFACE LENTEMENT/YEUX ENFONCÉS ... J RESPIRATION DIFFICILE ... K CORPS CHAUD ET RAIDEUR DE LA NUQUE ... L ERUPTION GÉNÉRALISÉE/ÉCOULE- MENT NASAL OU YEUX ROUGES . M	
1010B	Parfois les enfants souffrent de la toux.  Comment avez-vous soigné la toux la dernière fois à la maison?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	CALMER LA TOUX AVEC DU MIEL . A CALMER LA TOUX AVEC UNE INFU- SION DE FEUILLES D'EUCALYPTU . B BIEN LE PROTÉGER AU CHAUD ... C LE METTRE LOIN DES SOURCES DE FUMÉE ..... D AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	
1011A	<b>VERIFIER LA PAGE DE COUVERTURE</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <b>SI SÉLECTION MÉNAGE = 1</b>  <input type="checkbox"/> </div> <div> <b>SI SÉLECTION MÉNAGE = 2</b>  <input type="checkbox"/> </div> </div>		1101
1011	Ces questions portent sur la pression sanguine.  Est-ce qu'un médecin ou un agent de santé vous a déjà dit que vous avez de l'hypertension ou une tension artérielle trop élevée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	1014
1012	Est-ce qu'un médecin ou un agent de santé vous a déjà dit, à au moins deux occasions, que vous avez de l'hypertension ou une tension artérielle trop élevée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A								
1013	Pour faire baisser votre hypertension ou votre pression sanguine, êtes-vous actuellement en train de : a. Prendre des médicaments prescrits? b. Contrôler votre poids ou perdre du poids? c. Réduire le sel dans votre alimentation? d. Consommer des plantes? e. Faire de l'exercice? f. Arrêter de fumer?	OUI    NON    N/A  MEDICAMENTS                    1    2    3 CONTRÔLE POIDS                1    2    3 REDUIRE SEL .....            1    2    3 PLANTES                            1    2    3 EXERCICE                          1    2    3 ARRÊT FUMER                    1    2    3									
1014	Est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous aviez du diabète ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8									
1015	Avez-vous un parent au 1er degré (père, mère, frère ou sœur) qui est diabétique ou qui a de l'hypertension?	OUI A UN PARENT DIABETIQUE ..... A OUI A UN PARENT HYPERTENDU ..... B NON N'A AUCUN PARENT MALADE ... C  NE SAIT PAS. .... X									
1016	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MINUTES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>									
1017	VÉRIFIER 101E ET 564:  A ACCEPTÉ LES DEUX PRISES DE LA TENSION ARTÉRIELLE à Q101E ET Q564 <input type="checkbox"/>	AUTRE <input type="checkbox"/> → 1101									
1018	Puis-je mesurer votre tension artérielle en ce moment ?  SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE DATE _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             L'ENQUÊTÉ ACCEPTE LA MESURE  <input type="checkbox"/>              ENREGISTRER LE RÉSULTAT DE LA MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE           </div> <div style="text-align: center;">             L'ENQUÊTÉ REFUSE LA MESURE  <input type="checkbox"/>              ENREGISTRER 9994           </div> </div>	<b>TENSION ARTÉRIELLE</b>  SYSTOLIQUE/MAX ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>  DIASTOLIQUE/MIN ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>  <b>RAISON POUR LAQUELLE LA PRESSION N'A PAS ÉTÉ MESURÉE.</b> REFUSÉ ..... '9994 PROBLÈMES TECHNIQUES ..... '9995 AUTRES ..... '9996 _____ (À SPÉCIFIER)									

## SECTION 11. EXCISION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1101	Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1103
1102	Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1201
1103	Vous-même, avez-vous été excisée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1109
1104	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui vous a été fait à ce moment-là. Vous a-t-on retiré des chairs de la zone génitale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 1106
1105	Vous a-t-on seulement entaillé les parties génitales sans enlever de chairs ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1106	Vous a-t-on fermé la zone génitale par une couture ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1107	Quel âge aviez-vous quand on vous a excisée ?  SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE EXACT, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>  EN TANT QUE BÉBÉ/ PENDANT L'ENFANCE ..... 95 NE SAIT PAS ..... 98	
1108	Qui a procédé à votre excision ?	<b>TRADITIONNEL</b> EXCISEUSE TRADITIONNELLE ... 11 MATRONE/ACCOUCHEUSE TRAD. 12 AUTRE TRADITIONNEL ..... 16 (PRÉCISEZ)  <b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 21 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME ..... 22 AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTÉ ..... 26 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98	
1109	VÉRIFIEZ 213, 215 ET 216 :  A AU MOINS <input type="checkbox"/> UNE FILLE VIVANTE NÉE EN 1996 OU PLUS TARD  N'A AUCUNE <input type="checkbox"/> FILLE VIVANTE NÉE EN 1996 OU PLUS TARD		→ 1116



	<p>VÉRIFIEZ 213, 215 ET 216: INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET LE NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 1996 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS POUR TOUTES CES FILLES . COMMENCEZ PAR LA PLUS JEUNE. (S'IL Y A PLUS DE 6 FILLES, UTILISEZ DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).</p> <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur (votre/vos filles) .</p>			
1110	<p>NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 1996 OU PLUS TARD.</p>	<p>FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE</p> <p>(1<sup>ère</sup> FILLE LA PLUS JEUNE)</p> <p>NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NAISSANCES</p> <p>NOM _____</p>	<p>AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE</p> <p>(2<sup>e</sup> FILLE LA PLUS JEUNE)</p> <p>NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NAISSANCES</p> <p>NOM _____</p>	<p>AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE</p> <p>(3<sup>e</sup> FILLE LA PLUS JEUNE)</p> <p>NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NAISSANCES</p> <p>NOM _____</p>
1111	<p>Est-ce que (NOM DE LA FILLE) est excisée ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(ALLEZ À 1111 ←</p> <p>À LA COLONNE SUIVANTE</p> <p>OU SI PLUS DE FILLES</p> <p>ALLEZ À 1116)</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(ALLEZ À 1111 ←</p> <p>À LA COLONNE SUIVANTE</p> <p>OU SI PLUS DE FILLES</p> <p>ALLEZ À 1116)</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(ALLEZ À 1111 ←</p> <p>À LA PREMIÈRE</p> <p>COLONNE DU NOUVEAU</p> <p>QUESTIONNAIRE; OU S'IL</p> <p>N'Y A PLUS DE FILLES</p> <p>ALLEZ À 1116)</p>
1112	<p>Quel âge avait (NOM DE LA FILLE) quand elle a été excisée ?</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>
1113	<p>Lui a-t-on fermé la zone génitale par une couture ?</p> <p>INSISTEZ : la zone génitale a-t-elle été fermée ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>
1114	<p>Qui a procédé à l'excision de votre fille ?</p>	<p><b>TRADITIONNEL</b></p> <p>EXCISEUSE</p> <p>TRADITION. ... 11</p> <p>MATRONE/ ACCOUCHEUSE</p> <p>TRADITION. .... 12</p> <p>AUTRE TRAD. .... 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b></p> <p>MÉDECIN ..... 21</p> <p>INFIRMIÈRE/ ..... 22</p> <p>SAGE-FEMME. .... 26</p> <p>AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p><b>TRADITIONNEL</b></p> <p>EXCISEUSE</p> <p>TRADITION. .... 11</p> <p>MATRONE/ ACCOUCHEUSE</p> <p>TRADITION. .... 12</p> <p>AUTRE TRAD. .... 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b></p> <p>MÉDECIN ..... 21</p> <p>INFIRMIÈRE/ ..... 22</p> <p>SAGE-FEMME. .... 26</p> <p>AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p><b>TRADITIONNEL</b></p> <p>EXCISEUSE</p> <p>TRADITION. .... 11</p> <p>MATRONE/ ACCOUCHEUSE</p> <p>TRADITION. .... 12</p> <p>AUTRE TRAD. .... 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b></p> <p>MÉDECIN ..... 21</p> <p>INFIRMIÈRE/ ..... 22</p> <p>SAGE-FEMME. .... 26</p> <p>AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>
1115		<p>RETOURNEZ À 1111 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.</p>	<p>RETOURNEZ À 1111 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.</p>	<p>RETOURNEZ À 1111 À LA COLONNE SUIVANTE DE LA PAGE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.</p>

1110	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 1996 OU PLUS TARD.	AVANT AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (4° FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	AVANT AVANT AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (5° FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	AVANT AVANT AVANT AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (6° FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
1111	Est-ce que (NOM DE LA FILLE) est excisée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1111 ← À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1111 ← À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1111 ← À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)
1112	Quel âge avait (NOM DE LA FILLE) quand elle a été excisée ?  SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98
1113	Lui a-t-on fermé la zone génitale par une couture ?  INSISTEZ : la zone génitale a-t-elle été fermée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
1114	Qui a procédé à l'excision de votre fille ?	<b>TRADITIONNEL</b> EXCISEUSE TRADITION. ... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION. .... 12 AUTRE TRAD. .... 16 _____ (PRÉCISEZ)  <b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 21 INFIRMIÈRE/ ..... SAGE-FEMME. ... 22 AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ ..... 26 _____ (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98	<b>TRADITIONNEL</b> EXCISEUSE TRADITION. .... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION. .... 12 AUTRE TRAD. .... 16 _____ (PRÉCISEZ)  <b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 21 INFIRMIÈRE/ ..... SAGE-FEMME. .... 22 AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ ..... 26 _____ (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98	<b>TRADITIONNEL</b> EXCISEUSE TRADITION. .... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION. .... 12 AUTRE TRAD. .... 16 _____ (PRÉCISEZ)  <b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 21 INFIRMIÈRE/ ..... SAGE-FEMME. ... 22 AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ ..... 26 _____ (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98
1115		RETOURNEZ À 1111 À LA COLONNE SUIVANTE DE CETTE PAGE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.	RETOURNEZ À 1111 À LA COLONNE SUIVANTE DE CETTE PAGE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.	RETOURNEZ À 1111 À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.
1116	Pensez-vous que l'excision est exigée par votre religion ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
1117	Pensez-vous que l'excision est une pratique qui doit continuer ou qui doit être abandonnée ?	CONTINUER ..... 1 ABANDONNER ..... 2 CELA DÉPEND ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8		

SECTION 12. FISTULE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
1201	Les femmes peuvent parfois avoir, en permanence, le jour et la nuit, un problème de pertes urinaires ou fécales par le vagin. Ce problème survient généralement à la suite d'un accouchement difficile, mais il peut aussi se produire après une agression sexuelle ou après une opération du pelvis.  Avez-vous déjà eu, en permanence, durant le jour et la nuit, des pertes urinaires ou fécales par le vagin ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1203
1202	Avez-vous déjà entendu parler de ce problème ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1301
1203	Est-ce-que ce problème est arrivé après un accouchement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1205
1204	Selon vous, qu'est-ce qui a causé ce problème ?  PRÉCISEZ.	AGRESSION SEXUELLE ..... 1 OPÉRATION DU PELVIS ..... 2  AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8	→ 1207 → 1208
1205	Est-ce que ce problème est arrivé après un travail et un accouchement normaux ou après un travail et un accouchement très difficiles ?	TRAVAIL/ACCOUCHEM. NORMAL ..... 1 ACCOUCHEM. TRÈS DIFFICILE ... 2	
1206	Est-ce-que ce bébé est né vivant ?	OUI, BÉBÉ EST NÉ VIVANT ..... 1 NON, BÉBÉ N'EST PAS NÉ VIVANT 2	
1207	Combien de jours après [RÉPONSE À 1203 OU 1204] les pertes ont-elles commencé ?	NOMBRE DE JOURS APRÈS ACCOUCH/AUTRE ÉVÈNEM. <input type="text"/> <input type="text"/>  (INSCRIVEZ 90 SI 90 JOURS OU PLUS)	
1208	Avez-vous recherché un traitement pour ce problème ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1210
1209	Pourquoi n'avez-vous pas recherché de traitement ?  INSISTEZ ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	NE SAVAIT PAS QU'ON POUVAIT RÉPARER ..... A NE SAVAIT PAS OÙ ALLER ..... B TROP CHER ..... C TROP ÉLOIGNÉ ..... D MAUVAISE QUALITÉ DES SOINS ..... E N'A PAS PU OBTENIR PERMISSION ..... F GÊNÉE ..... G PROBLÈME A DISPARU ..... H AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	→ 1301
1210	Auprès de qui avez-vous recherché un traitement en dernier ?	PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN ..... 1 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME ... 2  AUTRE PERSONNE AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGEOISE ..... 3 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	
1211	Est-ce-que le traitement a stoppé complètement les pertes ?  SI NON : Est-ce que le traitement a réduit les pertes ?	OUI, PERTES STOPPÉES COMPLÈTEMENT ..... 1 PERTES NON STOPPÉES MAIS RÉDUITES ..... 2 PERTES PAS STOPPÉES DU TOUT ..... 3	

**SECTION 13 : MOYENNE DES TENSIONS ARTÉRIELLES MESURÉES**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1301A	<b>VERIFIER LA PAGE DE COUVERTURE</b>  <b>SI SÉLECTION MÉNAGE = 1</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div style="text-align: center;"> <b>SI SÉLECTION MÉNAGE = 2</b>  <input type="checkbox"/> → 1314 </div> </div>		
1301	VÉRIFIER Q564 ET Q1018 :  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE MESURÉE À Q564 ET Q1018   <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ </div> </div> <div style="width: 45%;"> TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE N'A PAS ÉTÉ MESURÉE À Q564 ET Q1018   <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> → 1307 </div> </div> </div>		
1302	ENREGISTRER ET CALCULEZ LA MOYENNE DE LA TENSION ARTERIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE A PARTIR DE Q564 ET Q1018.		
1303	TENSIONS ARTÉRIELLES MESURÉE À Q564  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> SYSTOLIQUE  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> DIASTOLIQUE  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> </div>		
1304	TENSIONS ARTÉRIELLES MESURÉE À Q1018  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> SYSTOLIQUE  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> DIASTOLIQUE  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> </div>		
1305	EFFECTUER LA SOMME DES TENSIONS SYSTOLIQUES ET LA SOMME DES DIASTOLIQUES DE 1303 ET 1304, ET ENREGISTRER CETTE SOMME A 1305  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> SOMME SYSTOLIQUE  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> SOMME DIASTOLIQUE  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> </div>		
1306	TENSIONS SYSTOLIQUES ET DIASTOLIQUES MESURÉES EN DIVISANT LA SOMME À 1305 PAR 2  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> MOYENNE SYSTOLIQUE  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> MOYENNE DIASTOLIQUE  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> → 1311 </div> </div>		
1307	VÉRIFIER Q1018 :  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉE À Q1018   <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ </div> </div> <div style="width: 45%;"> À LA FOIS TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉE À Q1018   <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> → 1310 </div> </div> </div>		
1308	VÉRIFIER Q564 :  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉE À Q564   <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ </div> </div> <div style="width: 45%;"> À LA FOIS TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉE À Q564   <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> → 1310 </div> </div> </div>		
1309	VÉRIFIER Q101E :  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> À LA FOIS TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉE À Q101E   <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ </div> </div> <div style="width: 45%;"> TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉE À Q101E   <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> → 1313 </div> </div> </div>		
1310	ENREGISTRER LA TENSION SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> SYSTOLIQUE  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> DIASTOLIQUE  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> </div>		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	SECTION 13 : MOYENNE DES T CODES																																																							
1311	<p>UTILISER LA TABLE CI-DESSOUS POUR DÉTERMINER LE CODE APPROPRIÉ À ENREGISTRER DANS LE BILAN DE TENSION ARTÉRIELLE ET SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE</p> <p>ENCERCLER LA LIGNE SUR LAQUELLE SE SITUE LA VALEUR DE LA TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE DÉCLARÉE À Q1306 OU À Q1310</p> <p>PUIS ENCELER LA COLONNE SUR LAQUELLE SE SITUE LA VALEUR DE LA TENSION ARTÉRIELLE DIASTOLIQUE DÉCLARÉE À Q1306 OU À Q1310</p> <p>LA VALEUR CORRESPONDANT AU CROISEMENT DE LA LIGNE ET DE LA COLONNE QUE VOUS AVEZ ENCELERÉ DANS LA TABLE SERA UTILISÉE POUR REMPLIR Q1312</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">MOYENNE DE LA TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE</th><th colspan="6">MOYENNE DE LA TENSION ARTÉRIELLE DIASTOLIQUE</th></tr> <tr> <th>&lt; 84</th><th>85-89</th><th>90-99</th><th>100-109</th><th>110-119</th><th>≥ 120</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>&lt; 130</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr> <td>130-139</td><td>2</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr> <td>140-159</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr> <td>160-179</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr> <td>180-209</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>6</td></tr> <tr> <td>≥ 210</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td></tr> </tbody> </table>	MOYENNE DE LA TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE	MOYENNE DE LA TENSION ARTÉRIELLE DIASTOLIQUE						< 84	85-89	90-99	100-109	110-119	≥ 120	< 130	1	2	3	4	5	6	130-139	2	2	3	4	5	6	140-159	3	3	3	4	5	6	160-179	4	4	4	4	5	6	180-209	5	5	5	5	5	6	≥ 210	6	6	6	6	6	6	
MOYENNE DE LA TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE	MOYENNE DE LA TENSION ARTÉRIELLE DIASTOLIQUE																																																								
	< 84	85-89	90-99	100-109	110-119	≥ 120																																																			
< 130	1	2	3	4	5	6																																																			
130-139	2	2	3	4	5	6																																																			
140-159	3	3	3	4	5	6																																																			
160-179	4	4	4	4	5	6																																																			
180-209	5	5	5	5	5	6																																																			
≥ 210	6	6	6	6	6	6																																																			
1312	<p>ENREGISTRER DANS LE TABLEAU CI-DESSOUS, LE CHIFFRE QUE VOUS AVEZ ENCELERÉ DANS LE TABLEAU À Q1311. SE SERVIR ENSUITE DES INSTRUCTIONS CONSIGNÉES À DROITE DE CE CHIFFRE POUR COMPLÉTER LE BILAN DE TENSION ARTÉRIELLE ET SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE POUR L'ENQUÊTÉE. DONNER LA FICHE DE RÉFÉRENCE À L'ENQUÊTÉE ET REPOUDRE AUX QUESTIONS QU'IL/ELLE POURRAIT AVOIR.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>TYPE DE TENSION ARTÉRIELLE DE L'ENQUÊTÉ</th><th>CONSULTER LE CARNET DE SANTE POUR VÉRIFIER LA TENSION ARTÉRIELLE DANS LA LIMITE DE :</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>NORMAL</td><td>24 MOIS</td></tr> <tr> <td>2</td><td>AU NIVEAU LE PLUS ÉLEVÉ DE LA TRANCHE NORMALE</td><td>12 MOIS</td></tr> <tr> <td>3</td><td>AU-DESSUS DE LA TRANCHE NORMALE</td><td>2 MOIS</td></tr> <tr> <td>4</td><td>MODÉRÉMENT ÉLEVÉ</td><td>1 MOIS</td></tr> <tr> <td>5</td><td>TRÈS ÉLEVÉ</td><td>7 JOURS</td></tr> <tr> <td>6</td><td>EXTRÊMEMENT ÉLEVÉ</td><td>AUJOURD'HUI</td></tr> </tbody> </table>		TYPE DE TENSION ARTÉRIELLE DE L'ENQUÊTÉ	CONSULTER LE CARNET DE SANTE POUR VÉRIFIER LA TENSION ARTÉRIELLE DANS LA LIMITE DE :	1	NORMAL	24 MOIS	2	AU NIVEAU LE PLUS ÉLEVÉ DE LA TRANCHE NORMALE	12 MOIS	3	AU-DESSUS DE LA TRANCHE NORMALE	2 MOIS	4	MODÉRÉMENT ÉLEVÉ	1 MOIS	5	TRÈS ÉLEVÉ	7 JOURS	6	EXTRÊMEMENT ÉLEVÉ	AUJOURD'HUI																																			
	TYPE DE TENSION ARTÉRIELLE DE L'ENQUÊTÉ	CONSULTER LE CARNET DE SANTE POUR VÉRIFIER LA TENSION ARTÉRIELLE DANS LA LIMITE DE :																																																							
1	NORMAL	24 MOIS																																																							
2	AU NIVEAU LE PLUS ÉLEVÉ DE LA TRANCHE NORMALE	12 MOIS																																																							
3	AU-DESSUS DE LA TRANCHE NORMALE	2 MOIS																																																							
4	MODÉRÉMENT ÉLEVÉ	1 MOIS																																																							
5	TRÈS ÉLEVÉ	7 JOURS																																																							
6	EXTRÊMEMENT ÉLEVÉ	AUJOURD'HUI																																																							
1313	<p>VÉRIFIER QUE LE CHEF DE MÉNAGE A REÇU UNE BROCHURE TRAITANT DE LA TENSION ARTÉRIELLE. REMERCIER L'ENQUÊTÉ ET L'AVERTIR QUE LES AUTRES MEMBRES DU MÉNAGE OU LUI-MÊME POURRAIENT ÊTRE DE NOUVEAU SOLlicitÉS POUR PARTICIPER AUX INTERVIEWS OU À D'AUTRES ENQUÊTES À L'AVENIR.</p> <p>Merci d'avoir pris le temps de répondre à ces questions.          Nous pourrions revenir pour interroger d'autres membres de votre ménage ou vous-même ou pour vous demander de participer à d'autres enquêtes à l'avenir.          Nous espérons que vous accepterez à ce moment là.</p>																																																								
1314	<p>ENREGISTREZ L'HEURE DE FIN D'INTERVIEW.</p>	<p>HEURE.....</p> <p>MINUTES.....</p> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table>																																																							

# Enquête Démographique et de Santé du Bénin, 2011

## FICHE DE RÉFÉRENCE POUR LA TENSION ARTÉRIELLE

NOM \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

Tension artérielle: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ ☐ Moyenne de deux mesures

☐ Une seule mesure

*Lire la déclaration ci-dessous, puis encercler:*

(1) *Votre tension artérielle aujourd'hui est dans une limite acceptable (Systolique <130 et/ou Diastolique <85). Nous vous recommandons de voir un médecin pour refaire la mesure de votre tension artérielle dans les deux prochaines années. Vous devez présenter cette fiche au médecin.*

(2) *Votre tension artérielle aujourd'hui est acceptable, mais dans la limite élevée (Systolique 130 – 139 et/ou Diastolique 85 – 89). Nous vous recommandons de consulter votre médecin pour refaire la mesure de votre tension artérielle au cours de la prochaine année. Vous devez présenter cette fiche au médecin.*

(3) *Votre tension artérielle aujourd'hui est au dessus de la limite acceptable (Systolique 140 – 159 et/ou Diastolique 90-99). Nous vous recommandons de consulter un médecin pour refaire la mesure de votre tension artérielle dans les deux mois qui suivent. Vous devez présenter cette fiche au médecin.*

(4) *Votre tension artérielle est aujourd' hui modérément élevée (Systolique 160- 175 et/ou Diastolique 100-109). Nous vous recommandons de consulter un médecin pour refaire la mesure de votre tension artérielle dans les 30 jours qui suivent. Vous devez présenter cette fiche au médecin.*

(5) *Votre tension artérielle est aujourd' hui élevée (Systolique 180-209 et/ou Diastolique 110-119). VOUS DEVEZ CONSULTER UN MÉDECIN DANS LA SEMAINE QUI SUIVIT POUR REFAIRE LA MESURE DE VOTRE TENSION ARTÉRIELLE. Vous devez présenter cette fiche au médecin.*

(6) *Votre tension artérielle aujourd' hui est très élevée (Systolique  $\geq$  210 et/ou Diastolique  $\geq$  120). VOUS DEVEZ CONSULTER UN MÉDECIN OU UN CENTRE HOSPITALIER IMMÉDIATEMENT POUR REFAIRE LA MESURE DE VOTRE TENSION ARTÉRIELLE. Vous devez présenter cette fiche au médecin.*

Votre tension artérielle a été mesurée par un personnel formé. Ces mesures ont été effectuées dans le cadre d'une enquête et ne représente donc pas un diagnostic médical. Une interprétation appropriée de ces mesures doit être faite par un médecin.

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature

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 : \_\_\_\_\_

INSTRUCTIONS:  
UN SEUL CODE DOIT FIGURER DANS CHAQUE CASE.  
UN CODE DOIT ÊTRE INSCRIT À CHAQUE MOIS À LA COLONNE 1.

CODES À UTILISER POUR CHAQUE COLONNE

COLUMN 1: NAISSANCES, GROSSESSES, UTILIS. CONTRACEP. \*\*

N NAISSANCES  
G GROSSESSES  
F FIN DE GROSSESSE  
  
0 AUCUNE MÉTHODE  
1 STÉRILISATION FÉMININE  
2 STÉRILISATION MASCULINE  
3 DIU  
4 INJECTABLES  
5 IMPLANTS  
6 PILULE  
7 CONDOM  
8 CONDOM FÉMININ  
9 DIAPHRAGME  
J MOUSSE OU GELÉE  
K MAMA  
L MÉTHODE DU RYTHME  
M RETRAIT  
X AUTRE MÉTHODE MODERNE  
Y AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE

COLUMN 2: DISCONTINUATION OU UTILIS. CONTRACEPTIVE

0 RAPPORTS SEX. PEU FRÉQUENTS/MARI ABSENT  
1 TOMBÉE ENCEINTE ALORS QU'ELLE UTILISAIT  
2 SOUHAITAIT TOMBER ENCEINTE  
3 MARI/PARTENAIRE DÉSAPPROUVE  
4 VOULAIT MÉTHODE PLUS EFFICACE  
5 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES  
6 MANQUE D'ACCESSIBILITÉ/TROP ÉLOIGNÉ  
7 COÛTE TROP CHER  
8 PAS PRATIQUE À UTILISER  
F FATALISTE  
A DIFFICULTÉS POUR TOMBER ENCEINTE/MÉNOPAUSE  
D DISSOLUTION DU MARIAGE/SÉPARATION  
X AUTRE \_\_\_\_\_  
(PRÉCISEZ)  
Z NE SAIT PAS

			1	2	
12	DEC	01			
11	NOV	02			
10	OCT	03			
09	SEP	04			
2	08	AOUT	05		2
0	07	JUILLET	06		0
1	06	JUIN	07		1
1	05	MAI	08		1
*	04	AVRIL	09		*
	03	MARS	10		
	02	FEV	11		
	01	JAN	12		
12	DEC	13			
11	NOV	14			
10	OCT	15			
09	SEP	16			
2	08	AOUT	17		2
0	07	JUILLET	18		0
1	06	JUIN	19		1
0	05	MAI	20		0
*	04	AVRIL	21		*
	03	MARS	22		
	02	FEV	23		
	01	JAN	24		
12	DEC	25			
11	NOV	26			
10	OCT	27			
09	SEP	28			
2	08	AOUT	29		2
0	07	JUILLET	30		0
0	06	JUIN	31		0
9	05	MAI	32		9
*	04	AVRIL	33		*
	03	MARS	34		
	02	FEV	35		
	01	JAN	36		
12	DEC	37			
11	NOV	38			
10	OCT	39			
09	SEP	40			
2	08	AOUT	41		2
0	07	JUILLET	42		0
0	06	JUIN	43		0
8	05	MAI	44		8
*	04	AVRIL	45		*
	03	MARS	46		
	02	FEV	47		
	01	JAN	48		
12	DEC	49			
11	NOV	50			
10	OCT	51			
09	SEP	52			
2	08	AOUT	53		2
0	07	JUILLET	54		0
0	06	JUIN	55		0
7	05	MAI	56		7
*	04	AVRIL	57		*
	03	MARS	58		
	02	FEV	59		
	01	JAN	60		
12	DEC	61			
11	NOV	62			
10	OCT	63			
09	SEP	64			
2	08	AOUT	65		2
0	07	JUILLET	66		0
0	06	JUIN	67		0
6	05	MAI	68		6
*	04	AVRIL	69		*
	03	MARS	70		
	02	FEV	71		
	01	JAN	72		

\* On suppose que l'année de l'enquête sera 2010. Pour le terrain commençant en 2011 ou 2012, l'année de départ devra être adaptée à 2006 ou 2007.

\*\* Des codes peuvent être ajoutés pour d'autres méthodes, comme celles basées sur la connaissance de la fécondité.