

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ AU MALI - EDSM V, 2012 QUESTIONNAIRE FEMME																																								
CELLULE DE PLANIFICATION ET DE STATISTIQUE / M-SANTÉ DIRECTION NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE L'INFORMATIQUE			RÉPUBLIQUE DU MALI																																					
IDENTIFICATION																																								
NOM DE LA LOCALITÉ _____ GRAPPE _____ NOM ET PRENOM DU CHEF DE MÉNAGE _____ NUMÉRO DE CONCESSION NUMÉRO DU MÉNAGE RÉGION ADMINISTRATIVE _____ URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) BAMAKO, AUTRES VILLES, AUTRES COMMUNES, RURAL (BAMAKO=1, AUTRES VILLES=2, AUTRES COMMUNES=3, RURAL=4) NOM /PRENOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____ FEMME SÉLECTIONNÉE POUR VIOLENCE DOMESTIQUE DANS LE MENAGE ? (OUI=1, NON=2) (VÉRIFIEZ LE TABLEAU DE KISH DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE) MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR ENQUÊTE HOMME ? (OUI=1, NON=2) (VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE) (POUR Q542 ET Q543)			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>GRAPPE</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CONCES.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MÉNAGE</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>RÉGION</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MILIEU</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MILIEU (DÉTAILLÉ)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>N° DE LIGNE</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FEMME SELECT. POUR REL. MENAGE</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ENQUETE HOMME</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		GRAPPE				CONCES.				MÉNAGE				RÉGION				MILIEU				MILIEU (DÉTAILLÉ)				N° DE LIGNE				FEMME SELECT. POUR REL. MENAGE				ENQUETE HOMME			
GRAPPE																																								
CONCES.																																								
MÉNAGE																																								
RÉGION																																								
MILIEU																																								
MILIEU (DÉTAILLÉ)																																								
N° DE LIGNE																																								
FEMME SELECT. POUR REL. MENAGE																																								
ENQUETE HOMME																																								
VISITES D'ENQUÊTRICE																																								
	1	2	3	VISITE FINALE																																				
DATE				JOUR <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> MOIS <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; text-align: center;">2</table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; text-align: center;">0</table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; text-align: center;">1</table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; text-align: center;">2</table>																																				
NOM DE L'ENQUÊTRICE				ENQUÊTRICE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>																																				
RÉSULTAT*				RÉSULTAT <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>																																				
PROCHAINE DATE VISITE				NBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>																																				
*CODES RÉSULTAT : 1 REMPLI 4 REFUSÉ 2 PAS À LA MAISON 5 REMPLI PARTIELLEMENT 7 AUTRE _____ 3 DIFFÉRÉ 6 INCAPACITÉ (PRÉCISER)																																								
LANGUE DE QUESTIONNAIRE** FRANÇAIS <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; text-align: center;">1</table> LANGUE DE L'INTERVIEW** <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"></table> INTERPRÈTE (OUI=1, NON=2) <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"></table>																																								
**CODES LANGUE : 1 FRANÇAIS 3 SONRAÏ 2 BAMBARA 4 PEULH																																								
*** CODES LANGUE INTERVIEW: Français=01, Bambara/Malinké=02, Sonraï/Djerma=03, Peuhl/Foulfouldé=04, Sénoufo=05 Marika/Soninké=06, Dogon=07, Minianka=08, Tamacheck/Bella=09, Bobo/Dafing=10, Bozo/Somono=11, Autre=96																																								
CONTROLEUSE		CHEF D'ÉQUIPE		CONTRÔLE BUREAU																																				
NOM _____ DATE _____		NOM _____ DATE _____		_____ _____																																				
<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>		<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>		<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>																																				

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT INFORMÉ

CONSENTEMENT INFORMÉ

Bonjour. Je m'appelle _____ et je travaille pour INFO-STAT qui exécute cette enquête en collaboration avec la Cellule de Planification et de Statistique (CPS) du Ministère de la Santé et l'Institut National de la Statistique (INSTAT). Nous effectuons une enquête nationale sur la santé au Mali. 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 A
101	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURE <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 102 ET/OU 103 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	Êtes-vous allée à l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 108
105	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : fondamental 1 (1er cycle), fondamental 2 (2nd cycle), secondaire (lycée, technique) ou supérieur ?	FONDAMENTAL 1 (1er cycle) 1 FONDAMENTAL 2 (2nd cycle) 2 SECONDAIRE (LYCÉE/TECHNIQUE) . 3 SUPÉRIEUR 4	
106	Quel est (l'année/classe) la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ? SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	CLASSE/ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/>	
107	VÉRIFIEZ 105: FONDAMENTAL 1 <input type="checkbox"/> (1er cycle) FONDAMENTAL 2 (2nd cycle) <input type="checkbox"/> OU PLUS <input type="checkbox"/>		→ 110

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
108	Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase. MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉE. SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ: Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT 1 PEUT SEULEMENT LIRE DES PARTIES DE LA PHRASE 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DE L'ENQUÊTÉE 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE 5	
109	VÉRIFIEZ 108: CODE '2', '3' <input type="checkbox"/> CODE '1' OU '5' <input type="checkbox"/> OU '4' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓		111
110	Lisez-vous un journal ou un magazine au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 2 PAS DU TOUT 3	
111	Écoutez-vous la radio au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 2 PAS DU TOUT 3	
112	Regardez-vous la télévision au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 2 PAS DU TOUT 3	
113	Quelle est la religion que vous pratiquez ?	MUSULMANE 1 CATHOLIQUE 2 MÉTHODISTE 3 ÉVANGÉLIQUE 4 AUTRE RELIGION CHRÉTIENNE 5 ANIMISTE 6 AUTRES RELIGIONS 7 SANS RELIGION 8	
114	Quelle est votre ethnie?	CODE ETHNIE (Pour les MALIENS) BAMBARA 01 MALINKE 02 PEULH 03 SARAKOLE/SONINKE/MARKA 04 SONRAÏ 05 DOGON 06 TAMACHEK/BÉLLA 07 SÉNOUFO/MINIANKA 08 BOBO 09 AUTRE 96 (PRÉCISEZ) CODE NATIONALITÉ (Pour les étrangers) PAYS CEDEAO 10 AUTRES PAYS AFRICAINS 11 AUTRES NATIONALITES 12	
115	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous dormi ailleurs que chez vous pour une ou plusieurs nuits ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 201
116	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été absent de chez vous pendant plus d'un mois d'affilée ?	OUI 1 NON 2	

SECTION 2. REPRODUCTION

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

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

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

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre enfant suivant ? INSCRIVEZ LE NOM. N° DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	(NOM) est-il un garçon ou une fille ?	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?	En quel mois et quelle année est né (NOM) ? INSISTEZ : Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. (INSCRIVEZ 00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE).	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé ? SI '1 AN', INSISTEZ : Combien de mois avait (NOM) ? INSCRIVEZ EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANNÉES.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?
08	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
09	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
10	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
11	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
12	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ? SI OUI, INSCRIVEZ LA/LES NAISSANCE DANS LE TABLEAU.					OUI 1 NON 2 ~			
223	COMPAREZ 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHEZ : NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> → (INSISTEZ ET CORRIGEZ)								
224	VÉRIFIEZ 215 : INSCRIVEZ LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2007 (1) OU PLUS TARD.					NOMBRE DE NAISSANCES <input type="text"/> AUCUNE 0 → 226			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A												
225	<p>C POUR CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2007, 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>C 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												
230A	Parmi ces grossesses terminées de ces façons, y'avait-il: de fausses-couches? d'avortements? de morts-nés?	<table border="0"> <tr> <td></td><td>O</td><td>N</td></tr> <tr> <td>FAUSSE-COUCHE?</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>AVORTEMENT</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>MORT-NÉ</td><td>1</td><td>2</td></tr> </table>		O	N	FAUSSE-COUCHE?	1	2	AVORTEMENT	1	2	MORT-NÉ	1	2	
	O	N													
FAUSSE-COUCHE?	1	2													
AVORTEMENT	1	2													
MORT-NÉ	1	2													
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. 2007 OU PLUS TARD DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE AVANT <input type="text"/> JAN. 2007		→ 238												
233	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ? <p>C 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 2007, 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 2007. <p>C 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 2007 et qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI 1 NON 2	→ 238												

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A																
237	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2007 ?	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>																	
238	Quand vos dernières règles ont-elles commencé ? <u>(INSCRIVEZ LA DATE SI ELLE EST DONNÉE)</u>	IL Y A JOURS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A SEMAINES ... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A MOIS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A ANNÉES ... 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE ... 994 AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995 JAMAIS EU DE RÈGLES 996																	
239	Entre la période des règles et les règles suivantes, est-ce qu'il y a une période où les femmes ont plus de chances de tomber enceintes ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	<input type="checkbox"/> → 301																
240	Est-ce que cette période se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles soient terminées ou bien au milieu de deux périodes de règles ?	JUSTE AVANT QUE LES RÈGLES COMMENCENT 1 PENDANT LES RÈGLES 2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES 3 AU MILIEU, ENTRE DEUX PÉRIODES 4 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8																	



(1) On suppose que l'année du terrain est 2010. Pour le terrain commençant en 2011 ou 2012, l'année doit être respectivement 2006 ou 2007.

SECTION 3. CONTRACEPTION



301	<p>Je voudrais maintenant que nous parlions de planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.</p> <p>De quelles MÉTHODES avez-vous déjà entendu parler ?</p>		
01	Stérilisation féminine. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI 1 NON 2	
02	Stérilisation masculine. INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI 1 NON 2	
03	DIU. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin ou une infirmière leur place dans l'utérus.	OUI 1 NON 2	
04	Injectables. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé qui les empêche de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI 1 NON 2	
05	Implants. INSISTEZ : Les femmes peuvent se faire insérer par un médecin ou une infirmière un batonnet ou plus sous la peau du haut du bras pour les empêcher de tomber enceinte, pendant une année ou plus.	OUI 1 NON 2	
06	Pilule. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.	OUI 1 NON 2	
07	Condom. INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2	
08	Condom féminin. INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2	
09A	Collier (Collier du Cycle ou Méthode des Jours Fixes). INSISTEZ : Une femme utilise un collier de perles de couleur pour savoir quels jours elle peut tomber enceinte. Les jours où elle peut tomber enceinte, elle utilise un condom ou n'a pas de rapports sexuels.	OUI 1 NON 2	
09	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA). Jusqu'à 6 mois après une naissance, et quand ses règles ne sont pas encore revenues, une femme peut utiliser une méthode qui consiste à allaiter son bébé chaque fois qu'il le demande, de jour comme la nuit, sans jamais lui donner aucun autre aliment.	OUI 1 NON 2	
10	Méthode du rythme. INSISTEZ : Pour éviter une grossesse, les femmes n'ont pas de rapports sexuels les jours du mois où elles pensent qu'elles ne peuvent pas tomber enceintes.	OUI 1 NON 2	
11	Retrait. INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI 1 NON 2	
12	Pilule du lendemain. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre pendant trois jours après des rapports sexuels non protégés des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes. (3)	OUI 1 NON 2	
13	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes qu'une femme ou un homme peut utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI 1 _____ (PRÉCISEZ) _____ (PRÉCISEZ) NON 2	

302	VÉRIFIEZ 226 : <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 10px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> ENCEINTE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 10px; margin: 0 auto;"></div> </div> </div>		→ 311
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 À
304	Quelle méthode utilisez-vous ? ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI PLUS D'UNE MÉTHODE EST MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTION DE PASSAGE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE A STÉRILISATION MASCULINE B DIU C INJECTABLES D IMPLANTS E PILULE F CONDOM G CONDOM FÉMININ H DIAPHRAGME I COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE J COLLIER K MAMA L MÉTHODE DU RYTHME M RETRAIT N AUTRE MÉTHODE MODERNE ... X AUTRE MÉTHODE TRADITION. ... Y	→ 307 → 308A → 306 → 308A
305	Quelle est la marque de pilule que vous utilisez actuellement ? SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.	PILPLAN 01 OVRETTE 02 LO FEMENAL 03 MINIDRIL 04 STEDIRIL 05 ADEPAL 06 MICROGYNON 07 AUTRE 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	→ 308A
306	Quelle est la marque de condom que vous utilisez actuellement ? SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.	PRUDENCE 01 PROTECTOR 02 KAMASSOUTRA 03 IPPF 04 AUTRE 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	→ 308A

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À						
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 NATIONAL ... 11</p> <p>HÔPITAL RÉGIONAL ... 12</p> <p>CSREF ... 13</p> <p>DISPENP./MATERNITÉ 14</p> <p>CSCOM 15</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>CABINET DE SOIN PRIVÉ 22</p> <p>SALLE DE SOIN 23</p> <p>PHARMACIE 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>							
308	En quel mois et en quelle année la stérilisation a t-elle été effectuée ?								
308A	<p>Depuis quel mois et quelle année utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?</p> <p>INSISTEZ : Depuis combien de temps utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?</p>	<p>MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p>							
309	<p>VÉRIFIEZ 308/308A, 215 ET 231 :</p> <p>AUCUNE NAISSANCE OU GROSSESSE TERMINÉE APRÈS MOIS ET ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 308/308A</p> <p>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).</p>	<p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>							

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
310	<p>VÉRIFIEZ 308/308A :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>L'ANNÉE EST 2007 (6) OU PLUS TARD</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>L'ANNÉE EST 2006 (7) OU AVANT</p>  </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> <p>C 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.</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>C INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE DE LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À JANVIER 2007 (6).</p> </div> </div> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">PUIS PASSER À 322</p>		
311	<p>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.</p> <p>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 2007 (6). UTILISEZ LE NOM DES ENFANTS, LES DATES D'ANNIVERSAIRE ET LES PÉRIODES DE GROSSESSE COMME POINT DE RÉFÉRENCE.</p> <p>C À LA COLONNE 1, INSCRIVEZ LE CODE D'UTILISATION DE LA MÉTHODE OU '0' POUR NON UTILISATION À CHAQUE MOIS EN BLANC.</p> <p>QUESTIONS ILLUSTRATIVES :</p> <ul style="list-style-type: none"> * Quand avez-vous utilisé une méthode pour la dernière fois? Quelle était cette méthode ? * Quand avez-vous commencé à utiliser cette méthode? Combien de temps après la naissance de (NOM) ? * Pendant combien de temps avez-vous ensuite utilisé cette méthode ? <p>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.</p> <p>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.</p> <p>QUESTIONS ILLUSTRATIVES :</p> <ul style="list-style-type: none"> * 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 ? * 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. 		

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
312	<p>VÉRIFIEZ LE CALENDRIER POUR L'UTILISATION D'UNE MÉTHODE À N'IMPORTE QUEL MOIS.</p> <p>AUCUNE MÉTHODE UTILISÉE UNE MÉTHODE UTILISÉE</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		→ 314
313	Avez-vous déjà utilisé quelque chose ou essayé de n'importe quelle manière de retarder ou d'éviter une grossesse ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 324
314	<p>VÉRIFIEZ 304 :</p> <p>ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE :</p> <p>SI PLUS D'UN CODE EST ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.</p>	<p>AUCUN CODE ENCERCLÉ 00</p> <p>STÉRILISATION FÉMININE 01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE 02</p> <p>DIU 03</p> <p>INJECTABLES 04</p> <p>IMPLANTS 05</p> <p>PILULE 06</p> <p>CONDOM 07</p> <p>CONDOM FÉMININ 08</p> <p>DIAPHRAGME 09</p> <p>COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE 10</p> <p>COLLIER 11</p> <p>MAMA 12</p> <p>MÉTHODE DU RYTHME 13</p> <p>RETRAIT 14</p> <p>AUTRE MÉTHODE MODERNE 95</p> <p>AUTRE MÉTHODE TRADITION. 96</p>	<p>→ 324</p> <p>→ 317A</p> <p>→ 326</p> <p>→ 315A</p> <p>→ 326</p>
315	Vous avez commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) en (DATE de Q.308/308A). Où l'avez-vous obtenue à ce moment-là ?	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL 11</p> <p>HÔPITAL RÉGIONAL 12</p> <p>CSREF 13</p> <p>DISPENP./MATERNITÉ 14</p> <p>CSCOM 15</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
315A	<p>Où avez-vous appris comment utiliser la méthode du rythme/MAMA ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINEZ SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>CABINET DE SOIN PRIVÉ 22</p> <p>SALLE DE SOIN 23</p> <p>PHARMACIE 24</p> <p>AGENT DE BASE COMMUNAUTAIRE (ADBC) 25</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE 31</p> <p>BAR/BOITE DE NUIT 32</p> <p>KIOSQUE/TABLIER 33</p> <p>VENDEUR AMBULANT 34</p> <p>AMI/CONNAISSANCE/PARENTS ... 35</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
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 COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE 10 COLLIER 11 MAMA 12 MÉTHODE DU RYTHME 13	→ 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: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>CODE '1' ENCERCLÉ</p>  <p>À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pourriez utiliser ?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>CODE '1' NON ENCERCLÉ</p>  <p>Quand vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE DE 314) de (ENDROIT DE 307 OU 315), vous a-t-on parlé d'autres méthodes de PF que vous pouviez utiliser ?</p> </div> </div>	OUI 1 NON 2	→ 322
321	Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a déjà parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?	OUI 1 NON 2	
322	<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 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE 10 COLLIER 11 MAMA 12 MÉTHODE DU RYTHME 13 RETRAIT 14 AUTRE MÉTHODE MODERNE 95 AUTRE MÉTHODE TRADITION. 96	→ 326 → 326

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
323	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL 11</p> <p>HÔPITAL RÉGIONAL 12</p> <p>CSREF 13</p> <p>DISPENP./MATERNITÉ 14</p> <p>CSCOM 15</p> <p>AUTRE SECTEUR</p> <p>PUBLIC 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>CABINET DE SOIN PRIVÉ 22</p> <p>SALLE DE SOIN 23</p> <p>PHARMACIE 24</p> <p>AGENT DE BASE COMMU-NAUTAIRE (ADBC) 25</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE 31</p> <p>BAR/BOITE DE NUIT 32</p> <p>KIOSQUE/TABLIER 33</p> <p>VENDEUR AMBULANT 34</p> <p>AMI/CONNAISSANCE/PARENTS ... 35</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 326</p>
324	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>→ 326</p>
325	<p>Où est cet endroit ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL A</p> <p>HÔPITAL RÉGIONAL B</p> <p>CSREF C</p> <p>DISPENP./MATERNITÉ D</p> <p>CSCOM E</p> <p>AUTRE SECTEUR</p> <p>PUBLIC F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G</p> <p>CABINET DE SOIN PRIVÉ H</p> <p>SALLE DE SOIN I</p> <p>PHARMACIE J</p> <p>AGENT DE BASE COMMU-NAUTAIRE (ADBC) K</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ L</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE M</p> <p>BAR/BOITE DE NUIT N</p> <p>KIOSQUE/TABLIER O</p> <p>VENDEUR AMBULANT P</p> <p>AMI/CONNAISSANCE/PARENTS ... Q</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	

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

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

401	<p>VÉRIFIEZ 224 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2007 OU PLUS TARD</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>AUCUNE NAISSANCE EN 2007 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 2007 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES, EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ LES 2 DERNIÈRES COLONNES DE QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).</p> <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).</p>			
403	NUMÉRO DE LIGNE DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO HISTORIQUE NAIS. <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NUMÉRO HISTORIQUE NAIS. <input type="text"/>	AVANT-AVANT DER. NAISS. NUMÉRO HISTORIQUE NAIS. <input type="text"/>
404	À PARTIR DES QUESTIONS 212 ET 216	<p>NOM _____</p> <p>VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓ DÉ ↓</p>	<p>NOM _____</p> <p>VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓ DÉ ↓</p>	<p>NOM _____</p> <p>VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓ DÉ ↓</p>
405	Quand vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	<p>OUI 1 (PASSEZ À 408) ←</p> <p>NON 2</p>	<p>OUI 1 (PASSEZ À 430) ←</p> <p>NON 2</p>	<p>OUI 1 (PASSEZ À 430) ←</p> <p>NON 2</p>
406	Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas (ou plus) d'enfant ?	<p>PLUS TARD 1</p> <p>PLUS D'ENFANT 2 (PASSEZ À 408) ←</p>	<p>PLUS TARD 1</p> <p>PLUS D'ENFANT 2 (PASSEZ À 430) ←</p>	<p>PLUS TARD 1</p> <p>PLUS D'ENFANT 2 (PASSEZ À 430) ←</p>
407	Combien de temps de plus vouliez-vous attendre ?	<p>MOIS ... 1 <input type="text"/></p> <p>ANNÉES .. 2 <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ... 998</p>	<p>MOIS ... 1 <input type="text"/></p> <p>ANNÉES .. 2 <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ... 998</p>	<p>MOIS ... 1 <input type="text"/></p> <p>ANNÉES .. 2 <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ... 998</p>
408	Avez-vous consulté quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 (PASSEZ À 415) ←</p>		
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 MÉDECIN A</p> <p>INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME . B</p> <p>AUTRE PROF. DE LA SANTÉ . C</p> <p>AUTRE PERSONEL MATRONE ... D</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITION. ... E</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>_____ (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 NAT. C</p> <p>HÔPITAL</p> <p>RÉGIONAL ... D</p> <p>CSREF E</p> <p>DISPENP./MA-TERNITÉ F</p> <p>CSCOM G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ H</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ I</p> <p>CABINET DE SOIN PRIVÉ J</p> <p>SALLE DE SOIN ... K</p> <p>PHARMACIE ... L</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ M</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 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>			
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>			
415	<p>Durant cette grossesse, vous a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance ? (3)</p> <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSEZ À 418) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
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 ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ← (PASSEZ À 430)		
427	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la (SP/Fansidar) ?	FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>		
428	VÉRIFIEZ 409 : SOINS PRÉNATALS PAR DU PERSONNEL DE SANTÉ DURANT CETTE GROSSESSE.	CODE 'A', AUTRE 'B' OU 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ← (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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE 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 MÉDECIN A INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME . B AUTRE PROF. DE LA SANTÉ . C AUTRE PERSONEL MATRONE ... D ACCOUCHEUSE TRADITION... E AMI/PARENTS ... F</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) PERSONNE Y</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME . B AUTRE PROF. DE LA SANTÉ . C AUTRE PERSONEL MATRONE ... D ACCOUCHEUSE TRADITION... E AMI/PARENTS ... F</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) PERSONNE Y</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME . B AUTRE PROF. DE LA SANTÉ . C AUTRE PERSONEL MATRONE ... D ACCOUCHEUSE TRADITION... E AMI/PARENTS ... F</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) 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>_____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>MAISON VOTRE MAISON 11 (PASSEZ À 438) ← AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL NAT. 21 HÔPITAL RÉGIONAL ... 22 CSREF 23 DISPENP./MA- TERNITÉ 24 CSCOM 25 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 CABINET DE SOIN PRIVÉ 32 SALLE DE SOIN . 33 PHARMACIE ... 34 AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 438) ←</p>	<p>MAISON VOTRE MAISON 11 (PASSEZ À 448) ← AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL NAT. 21 HÔPITAL RÉGIONAL ... 22 CSREF 23 DISPENP./MA- TERNITÉ 24 CSCOM 25 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 CABINET DE SOIN PRIVÉ 32 SALLE DE SOIN . 33 PHARMACIE ... 34 AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 448) ←</p>	<p>MAISON VOTRE MAISON 11 (PASSEZ À 448) ← AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL NAT. 21 HÔPITAL RÉGIONAL ... 22 CSREF 23 DISPENP./MA- TERNITÉ 24 CSCOM 25 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 CABINET DE SOIN PRIVÉ 32 SALLE DE SOIN . 33 PHARMACIE ... 34 AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 448) ←</p>												
434A	<p>Combien de temps après l'accouchement de (NOM) êtes-vous restée là ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES.</p> <p>SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>SEMAINES 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS ... 998</p>														
435	<p>Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne, c'est-à-dire que l'on vous a ouvert le ventre pour faire sortir le bébé ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>												

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____												
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 AUTRE PROF. DE LA SANTÉ . 13 AUTRE PERSONEL MATRONE 21 ACCOUCHEUSE TRADITION. ... 22 AGENT DE BASE COMMUNAUT. (ADBC) 23 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)														
440	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ? SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.	HEURES 1 <table border="1"><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														
442	Dans les deux mois qui ont suivi la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une accoucheuse traditionnelle a examiné son état de santé ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 446) ← NE SAIT PAS 8														
443	Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), le premier examen a-t-il eu lieu ? SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.	HRS APRES NAIS. .. 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> JRS APRÈS NAIS. .. 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEM.APRÈS NAIS. .. 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ... 998														

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
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>AUTRE PROF.</p> <p>DE LA SANTÉ . 13</p> <p>AUTRE PERSONEL</p> <p>MATRONE . . . 21</p> <p>ACCOUCHEUSE</p> <p>TRADITION. . . . 22</p> <p>AGENT DE BASE</p> <p>COMMUNAUT.</p> <p>(ADBC) 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 NAT. 21</p> <p>HÔPITAL</p> <p>RÉGIONAL . . . 22</p> <p>CSREF 23</p> <p>DISPENP./MA- TERNITÉ 24</p> <p>CSCOM 25</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>CABINET DE SOIN</p> <p>PRIVÉ 32</p> <p>SALLE DE SOIN . 33</p> <p>PHARMACIE . . . 34</p> <p>AUTRE MÉDICAL</p> <p>PRIVÉ _____ 36</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>		
446	<p>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) ?</p> <p>MONTREZ DES MODÈLES COURANTS D'AMPOULES/GÉLULES/SIROP.</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>		
447	<p>Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>(PASSEZ À 449) ←</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSEZ À 450) ←</p>		

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
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 ?	<div> <div>EN VIE</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>↓</div> </div> <div> <div>DÉCÉDÉ</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>↓</div> </div> <div> (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501) </div>		
459	Allaitez-vous encore (NOM) ?	OUI 1 NON 2		
460	(NOM) a-t-il bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
461		(RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	(RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	(RETOURNEZ À 405 À L'AVANT-DER. COLONNE DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAIS. ALLEZ À 501)

SECTION 5. VACCINATIONS DES ENFANTS, SANTÉ ET NUTRITION

501	INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2007 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES, EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ LES 2 DERNIÈRES COLONNES DE QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).																																																																																																																																																																																																																																																																										
502	N° DE LIGNE DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>			AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>			AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																																																																																																																																																																																																																																																																			
503	À PARTIR DE 212 ET 216	NOM _____ EN VIE DÉCÉDÉ <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="text-align: center;">(ALLEZ À 503 À LA COL.SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)</div>			NOM _____ EN VIE DÉCÉDÉ <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="text-align: center;">(ALLEZ À 503 À LA COL.SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)</div>			NOM _____ EN VIE DÉCÉDÉ <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="text-align: center;">(ALLEZ À 503 À L'AVANT-DER.COL. DU NOUVEAU QUEST. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISS., ALLEZ À 553)</div>																																																																																																																																																																																																																																																																			
504	Avez-vous un carnet où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ? SI OUI : Puis-je le voir ?	OUI, VU 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET 3			OUI, VU 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET 3			OUI, VU 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET 3																																																																																																																																																																																																																																																																			
505	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ? (2)	OUI 1 (PASSEZ À 509) ← NON 2			OUI 1 (PASSEZ À 509) ← NON 2			OUI 1 (PASSEZ À 509) ← NON 2																																																																																																																																																																																																																																																																			
506	(1) COPIEZ LES DATES DU CARNET. (2) INSCRIVEZ '44' À LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET INDIQUE QU'UNE DOSE A ÉTÉ DONNÉE MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE. <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> DERNIÈRE NAISSANCE AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.8em;"> <div>JOUR MOIS ANNÉE</div> <div>JOUR MOIS ANNÉE</div> <div>JOUR MOIS ANNÉE</div> </div> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: 0.7em;"> <tr> <td style="width:25%;">BCG</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>BCG</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>BCG</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> </tr> <tr> <td>POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>P0</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>P0</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> </tr> <tr> <td>POLIO 1</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>P1</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>P1</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> </tr> <tr> <td>POLIO 2</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>P2</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>P2</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> </tr> <tr> <td>POLIO 3</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>P3</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>P3</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> </tr> <tr> <td>DTC0q 1</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>D1</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>D1</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> </tr> <tr> <td>DTC0q 2</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>D2</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>D2</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> </tr> <tr> <td>DTC0q 3</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>D3</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>D3</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> </tr> <tr> <td>HepB+Hib 1</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>H1</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>H1</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> </tr> <tr> <td>HepB+Hib 2</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>H2</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>H2</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> </tr> <tr> <td>HepB+Hib 3</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>H3</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>H3</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> </tr> <tr> <td>Penta 1</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>Pent1</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>Pent1</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> </tr> <tr> <td>Penta 2</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>Pent2</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>Pent2</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> </tr> <tr> <td>Penta 3</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>Pent3</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>Pent3</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> </tr> <tr> <td>VAA/ ROUGEOLE FIEVRE JAUNE</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>ROU</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>ROU</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> </tr> <tr> <td>VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>FJ</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>FJ</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> </tr> <tr> <td></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>VIT A</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td>VIT A</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></td> </tr> </table> </div>												BCG	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	BCG	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	BCG	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	P0	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	P0	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	POLIO 1	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	P1	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	P1	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	POLIO 2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	P2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	P2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	POLIO 3	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	P3	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	P3	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	DTC0q 1	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	D1	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	D1	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	DTC0q 2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	D2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	D2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	DTC0q 3	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	D3	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	D3	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	HepB+Hib 1	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	H1	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	H1	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	HepB+Hib 2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	H2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	H2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	HepB+Hib 3	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	H3	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	H3	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	Penta 1	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	Pent1	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	Pent1	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	Penta 2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	Pent2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	Pent2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	Penta 3	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	Pent3	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	Pent3	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	VAA/ ROUGEOLE FIEVRE JAUNE	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	ROU	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	ROU	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	FJ	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	FJ	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	VIT A	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	VIT A	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>
BCG	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	BCG	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	BCG	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>																																																																																																																																																																																																																																																													
POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	P0	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	P0	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>																																																																																																																																																																																																																																																													
POLIO 1	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	P1	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	P1	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>																																																																																																																																																																																																																																																													
POLIO 2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	P2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	P2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>																																																																																																																																																																																																																																																													
POLIO 3	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	P3	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	P3	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>																																																																																																																																																																																																																																																													
DTC0q 1	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	D1	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	D1	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>																																																																																																																																																																																																																																																													
DTC0q 2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	D2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	D2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>																																																																																																																																																																																																																																																													
DTC0q 3	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	D3	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	D3	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>																																																																																																																																																																																																																																																													
HepB+Hib 1	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	H1	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	H1	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>																																																																																																																																																																																																																																																													
HepB+Hib 2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	H2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	H2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>																																																																																																																																																																																																																																																													
HepB+Hib 3	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	H3	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	H3	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>																																																																																																																																																																																																																																																													
Penta 1	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	Pent1	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	Pent1	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>																																																																																																																																																																																																																																																													
Penta 2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	Pent2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	Pent2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>																																																																																																																																																																																																																																																													
Penta 3	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	Pent3	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	Pent3	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>																																																																																																																																																																																																																																																													
VAA/ ROUGEOLE FIEVRE JAUNE	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	ROU	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	ROU	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>																																																																																																																																																																																																																																																													
VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	FJ	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	FJ	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>																																																																																																																																																																																																																																																													
	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	VIT A	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	VIT A	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>																																																																																																																																																																																																																																																													
507	VÉRIFIEZ 506 :	BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ AUTRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="margin-top: 5px;">(ALLEZ À 511)</div> </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> </div>			BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ AUTRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="margin-top: 5px;">(ALLEZ À 511)</div> </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> </div>			BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ AUTRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="margin-top: 5px;">(ALLEZ À 511)</div> </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> </div>																																																																																																																																																																																																																																																																			

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
511	<p>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) ?</p> <p>MONTREZ DES MODÈLES COURANTS D'AMPOULES/ GÉLULES/SIROP.</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>
512	<p>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) ?</p> <p>MONTREZ DES MODÈLES COURANTS DE COMPRIMÉS, GRANULES OU SIROP.</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>
513	<p>Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) des médicaments contre les vers intestinaux ?</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>
514	<p>(NOM) a-t-il eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSEZ À 525) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSEZ À 525) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSEZ À 525) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
515	<p>Y avait-il du sang dans les selles ?</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>
516	<p>Je voudrais maintenant savoir quelle quantité de liquides a été donnée à (NOM) pendant la diarrhée (y compris le lait maternel).</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 a-t-on donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?</p>	<p>BEAUCOUP 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>BEAUCOUP 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>BEAUCOUP 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>
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>BEAUCOUP 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>BEAUCOUP 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>BEAUCOUP 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	<p>Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?</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>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSEZ À 522) ←</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
519	<p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ÉTABLISSEMENT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NAT. A</p> <p>HÔPITAL</p> <p>RÉGIONAL ... B</p> <p>CSREF C</p> <p>DISPENP./MA-TERNITÉ D</p> <p>CSCOM E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G</p> <p>CABINET DE SOIN PRIVÉ H</p> <p>SALLE DE SOIN . I</p> <p>PHARMACIE ... J</p> <p>AGENT DE BASE COMMUNAUT. (ADBC) ... K</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ L (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE M</p> <p>VENDEUR</p> <p>AMBULANT ... N</p> <p>GUÉRISSEUR/PRATICIEN</p> <p>TRADITIONNEL O</p> <p>MARCHÉ P</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NAT. A</p> <p>HÔPITAL</p> <p>RÉGIONAL ... B</p> <p>CSREF C</p> <p>DISPENP./MA-TERNITÉ D</p> <p>CSCOM E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G</p> <p>CABINET DE SOIN PRIVÉ H</p> <p>SALLE DE SOIN . I</p> <p>PHARMACIE ... J</p> <p>AGENT DE BASE COMMUNAUT. (ADBC) ... K</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ L (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE M</p> <p>VENDEUR</p> <p>AMBULANT ... N</p> <p>GUÉRISSEUR/PRATICIEN</p> <p>TRADITIONNEL O</p> <p>MARCHÉ P</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NAT. A</p> <p>HÔPITAL</p> <p>RÉGIONAL ... B</p> <p>CSREF C</p> <p>DISPENP./MA-TERNITÉ D</p> <p>CSCOM E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G</p> <p>CABINET DE SOIN PRIVÉ H</p> <p>SALLE DE SOIN . I</p> <p>PHARMACIE ... J</p> <p>AGENT DE BASE COMMUNAUT. (ADBC) ... K</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ L (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE M</p> <p>VENDEUR</p> <p>AMBULANT ... N</p> <p>GUÉRISSEUR/PRATICIEN</p> <p>TRADITIONNEL O</p> <p>MARCHÉ P</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>
520	VÉRIFIEZ 519 :	<p>2 CODES UN SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS ENCER-CLÉ</p> <p>ENCERCLÉS CLÉ</p> <p>↓ (PASSEZ À 522) ←</p>	<p>2 CODES UN SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS ENCER-CLÉ</p> <p>ENCERCLÉS CLÉ</p> <p>↓ (PASSEZ À 522) ←</p>	<p>2 CODES UN SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS ENCER-CLÉ</p> <p>ENCERCLÉS CLÉ</p> <p>↓ (PASSEZ À 522) ←</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
521	Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ? UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 519.	1er ENDROIT ... <input type="text"/>	1er ENDROIT ... <input type="text"/>	1er ENDROIT ... <input type="text"/>
522	Lui avez-vous donné les choses suivantes à boire à n'importe quel moment dès qu'il/elle a commencé à avoir la diarrhée : a) Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé [NOM LOCAL POUR LE SACHET SRO] ? b) Un liquide SRO préconditionné ? c) Un liquide maison recommandé par le gouvernement ?	<p>OUI NON NSP</p> <p>SACHET SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON 1 2 8</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SACHET SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON 1 2 8</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SACHET SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON 1 2 8</p>
523	A-t-on donné quelque chose (d'autre) pour traiter la diarrhée ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSEZ À 525) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSEZ À 525) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSEZ À 525) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
524	Qu'a-t-on donné (d'autre) pour traiter la diarrhée ? Rien d'autre ? ENREGISTREZ TOUS LES TRAITEMENTS DONNÉS.	<p>COMPRIMÉ OU SIROP</p> <p>ANTIBIOTIQUE A</p> <p>ANTIMOTILITÉ B</p> <p>ZINC C</p> <p>AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) D</p> <p>COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E</p> <p>INJECTION</p> <p>ANTIBIOTIQUE F</p> <p>NON ANTIBIOT G</p> <p>INJECTION INCONNUE ... H</p> <p>(IV) INTRAVEINEUSE I</p> <p>REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES J</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	<p>COMPRIMÉ OU SIROP</p> <p>ANTIBIOTIQUE A</p> <p>ANTIMOTILITÉ B</p> <p>ZINC C</p> <p>AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) D</p> <p>COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E</p> <p>INJECTION</p> <p>ANTIBIOTIQUE F</p> <p>NON ANTIBIOT G</p> <p>INJECTION INCONNUE ... H</p> <p>(IV) INTRAVEINEUSE I</p> <p>REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES J</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	<p>COMPRIMÉ OU SIROP</p> <p>ANTIBIOTIQUE A</p> <p>ANTIMOTILITÉ B</p> <p>ZINC C</p> <p>AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) D</p> <p>COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E</p> <p>INJECTION</p> <p>ANTIBIOTIQUE F</p> <p>NON ANTIBIOT G</p> <p>INJECTION INCONNUE ... H</p> <p>(IV) INTRAVEINEUSE I</p> <p>REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES J</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>
525	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSEZ À 527) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSEZ À 527) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSEZ À 527) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
526	À n'importe quel moment au cours de sa maladie, est-ce qu'on a pris à (NOM) du sang de son doigt ou de son talon ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
527	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la toux à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 530) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 530) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 530) ← NE SAIT PAS 8
528	Quand (NOM) a été malade avec de la toux, est-ce qu'il/elle respirait plus vite que d'habitude, avec un souffle court et rapide ou avait-il/elle des difficultés pour respirer ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 531) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 531) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 531) ← NE SAIT PAS 8
529	Ces difficultés pour respirer étaient-elles dues à un problème de bronche ou à un nez bouché ou qui coulait ?	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (PASSEZ À 531) ←	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (PASSEZ À 531) ←	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (PASSEZ À 531) ←
530	VÉRIFIEZ 525 : A-T-IL EU DE LA FIÈVRE ?	OUI NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 503 À LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553) ↓	OUI NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 503 À LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553) ↓	OUI NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLEZ À 553) ↓
531	Je voudrais savoir maintenant quelle quantité de boisson a été donné à (NOM) (y compris le lait maternel) pendant sa maladie avec (de la fièvre et de la toux). Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTEZ : Lui en a-t-on donné beaucoup moins que d'habitude, ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8
532	Quand (NOM) a eu de la (fièvre/toux), lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou ne lui a-t-on rien donné à manger ? SI MOINS, INSISTEZ : Lui en a-t-on donné beaucoup moins que d'habitude, ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
533	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 537) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 537) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 537) ←
534	Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ? (9) Quelque part ailleurs ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINEZ SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL NAT. A HÔPITAL RÉGIONAL ... B CSREF C DISPENP./MA- TERNITÉ D CSCOM E AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G CABINET DE SOIN PRIVÉ H SALLE DE SOIN . I PHARMACIE ... J AGENT DE BASE COMMUNAUT. (ADBC) ... K AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ L PRÉCISEZ (PRÉCISEZ) AUTRE ENDROIT BOUTIQUE M VENDEUR AMBULANT ... N GUÉRISSEUR/ PRATICIEN TRADITIONNEL O MARCHÉ P AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL NAT. A HÔPITAL RÉGIONAL ... B CSREF C DISPENP./MA- TERNITÉ D CSCOM E AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G CABINET DE SOIN PRIVÉ H SALLE DE SOIN . I PHARMACIE ... J AGENT DE BASE COMMUNAUT. (ADBC) ... K AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ L PRÉCISEZ (PRÉCISEZ) AUTRE ENDROIT BOUTIQUE M VENDEUR AMBULANT ... N GUÉRISSEUR/ PRATICIEN TRADITIONNEL O MARCHÉ P AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL NAT. A HÔPITAL RÉGIONAL ... B CSREF C DISPENP./MA- TERNITÉ D CSCOM E AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G CABINET DE SOIN PRIVÉ H SALLE DE SOIN . I PHARMACIE ... J AGENT DE BASE COMMUNAUT. (ADBC) ... K AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ L PRÉCISEZ (PRÉCISEZ) AUTRE ENDROIT BOUTIQUE M VENDEUR AMBULANT ... N GUÉRISSEUR/ PRATICIEN TRADITIONNEL O MARCHÉ P AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)
535	VÉRIFIEZ 534 :	2 CODES 1 SEUL <div> <input type="checkbox"/> OU <input type="checkbox"/> </div> <div> PLUS EN- CERCLÉ </div> <div> ENCER- CERCLÉ </div> <div> CLÉS </div> (PASSEZ À 537) ←	2 CODES 1 SEUL <div> <input type="checkbox"/> OU <input type="checkbox"/> </div> <div> PLUS EN- CERCLÉ </div> <div> ENCER- CERCLÉ </div> <div> CLÉS </div> (PASSEZ À 537) ←	2 CODES 1 SEUL <div> <input type="checkbox"/> OU <input type="checkbox"/> </div> <div> PLUS EN- CERCLÉ </div> <div> ENCER- CERCLÉ </div> <div> CLÉS </div> (PASSEZ À 537) ←
536	Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ? UTILISEZ LES CODES DE 534.	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
537	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?	OUI 1 NON 2 (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE ; OU,SI PLUS DE ← NAISSANCE, ALLEZ À 553) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE ; OU,SI PLUS DE ← NAISSANCE, ALLEZ À 553) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; OU, SI PLUS DE ← NAISSANCE, ALLEZ À 553). NE SAIT PAS 8
538	Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ? Aucun autre médicament ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ANTIPALUDÉENS SP/FANSIDAR A CHLOROQUINE B AMODIAQUINE C QUININE D COMBINAISON AVEC ARTÉMI-SININE (CTA) E AUTRE ANTI-PALUDÉEN _____ (PRÉCISEZ) F ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP G INJECTION ... H AUTRE MÉDICAMENT ASPIRINE I ACETA-MINOPHEN ... J IBUPROFEN ... K AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDÉENS SP/FANSIDAR ... A CHLOROQUINE B AMODIAQUINE C QUININE D COMBINAISON AVEC ARTÉMI-SININE (CTA) E AUTRE ANTI-PALUDÉEN _____ (PRÉCISEZ) F ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP G INJECTION ... H AUTRE MÉDICAMENT ASPIRINE I ACETA-MINOPHEN ... J IBUPROFEN ... K AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDÉENS SP/FANSIDAR ... A CHLOROQUINE B AMODIAQUINE C QUININE D COMBINAISON AVEC ARTÉMI-SININE (CTA) E AUTRE ANTI-PALUDÉEN _____ (PRÉCISEZ) F ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP G INJECTION ... H AUTRE MÉDICAMENT ASPIRINE I ACETA-MINOPHEN ... J IBUPROFEN ... K AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z
539	VÉRIFIEZ 538 : Y A-T-IL UN CODE A-F ENCERCLÉ ?	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553). ↓	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 503 À COL. SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553) ↓	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU SI PLUS DE NAISSANCE ALLEZ À 553) ↓
540	VÉRIFIEZ 538 : SP/FANSIDAR ('A') DONNÉ	CODE 'A' CODE 'A' ENCERCLÉ NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSEZ À 542) ←	CODE 'A' CODE 'A' ENCERCLÉ NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSEZ À 542) ←	CODE 'A' CODE 'A' ENCERCLÉ NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSEZ À 542) ←

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 (12)	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 : COMBINAISON AVEC ARTÉMISININE (CTA) ('E') DONNÉE	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSEZ À 550) ←	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSEZ À 550) ←	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (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' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (RETOURNEZ À 503 À L'AVANT-DER. COL. DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)
551	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre (AUTRE ANTIPALUDÉEN) ?	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8
552		RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553.	RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553.	ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553.

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
553	<p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES :</p> <p>NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2007 OU PLUS TARD VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p>INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE ET CONTINUEZ AVEC 554</p> <p>_____</p> <p>(NOM)</p>		556
554	<p>La dernière fois que (NOM DE 553) est allé aux toilettes, qu'avez-vous fait des excréments ?</p>	<p>ENFANT A UTILISÉ TOILETTES OU LATRINES 01</p> <p>A JETÉ/RINSÉ DANS TOILETTES OU LATRINES 02</p> <p>A JETÉ/RINSÉ DANS ÉGOUT OU 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] que vous pouvez obtenir pour le traitement de la diarrhée ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
557	<p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES :</p> <p>NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2010 OU PLUS TARD VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p>INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE ET CONTINUEZ AVEC 558</p> <p>_____</p> <p>(NOM)</p>		601

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
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, de la soupe ?	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] ? (17)	h) 1 2 8	
i)	Du pain, du riz, du maïs, du sorgho, des pâtes/nouilles, bouillie ou autres préparations à base de céréales ?	i) 1 2 8	
j)	Des citrouilles, carottes, courges ou pommes de terre douces qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur ?	j) 1 2 8	
k)	Des pommes de terre, ignames blanches, manioc, cassava, ou préparations à base de tubercules ?	k) 1 2 8	
l)	Des légumes à feuilles vert foncé ?	l) 1 2 8	
m)	Des mangues, des papayes mûres ou [INSÉREZ D'AUTRES FRUITS LOCAUX RICHES EN VITAMINE A ET QUI SONT DISPONIBLES] ?	m) 1 2 8	
n)	D'autres fruits ou légumes ?	n) 1 2 8	
o)	Du foie, rognons, cœur ou autres abats ?	o) 1 2 8	
p)	De la viande de bœuf, de porc, d'agneau, de chèvre, du poulet ou du canard ?	p) 1 2 8	
q)	Des œufs ?	q) 1 2 8	
r)	Du poisson frais ou séché ou des crustacés ?	r) 1 2 8	
s)	N'importe quelle préparation à base de haricots, pois, lentilles, arachides ou autres noix ?	s) 1 2 8	
t)	Du fromage ou d'autres aliments à base de lait ?	t) 1 2 8	
u)	N'importe quelle préparation à base d'aliments solides, semi solides, ou mous ?	u) 1 2 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A																																																																																			
559	<p>VÉRIFIEZ 558 (CATÉGORIES "g" À "u") :</p> <p>AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/></p> <p>PAS UN SEUL "OUI" <input type="checkbox"/></p>		561																																																																																			
560	<p>Est-ce que hier durant le jour ou la nuit (NOM) a mangé des aliments solides, semi solides ou mous ?</p> <p>SI 'OUI' INSISTEZ : Quel type d'aliments solide, semi solide ou mou (NOM DE 557) a-t-il/elle mangé hier durant le jour ou la nuit ?</p>	<p>OUI 1 (RETOURNEZ À 558 POUR ENREGISTRER LES ALIMENTS CONSOMMÉS HIER.)</p> <p>NON 2</p>	561A																																																																																			
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>																																																																																				
561A	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les liquides et aliments que vous-même, vous avez consommé hier pendant le jour ou la nuit. J'aimerais, en particulier, savoir si vous avez eu le liquide ou l'aliment que je vais citer, même s'il était mélangé avec d'autres nourritures.</p> <p>Par exemple, si vous avez mangé une bouillie de mil fait avec une sauce aux légumes, vous devez répondre 'OUI' à toute nourriture que je citerais et qui serait un ingrédient du gruau ou de la sauce aux légumes.</p> <p>S'il vous plaît, ne mentionnez pas les aliments utilisés en petite quantité pour l'assaisonnement ou comme condiments (comme les piments, épices, herbes, poudre de poisson ou). Je vous demanderais sur ces aliments séparément.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Est-ce que vous avez bu ou mangé, hier pendant le jour ou la nuit :</th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a)</td> <td>Du lait tel que du lait en boîte, en poudre ou du lait frais d'animal ?</td> <td>a)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b)</td> <td>Du pain, du riz, du maïs, du sorgho, des pâtes/nouilles, bouillie ou autres préparations à base de céréales ?</td> <td>b)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c)</td> <td>Des citrouilles, carottes, courges ou pommes de terre douces qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur ?</td> <td>c)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d)</td> <td>Des pommes de terre, ignames blanches, manioc, cassava, ou préparations à base de tubercules ?</td> <td>d)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e)</td> <td>Des légumes à feuilles vert foncé ?</td> <td>e)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f)</td> <td>Des mangues, papayes mûres ou [INSÉREZ D'AUTRES FRUITS LOCAUX RICHES EN VITAMINE A ET QUI SONT DISPONIBLES] ?</td> <td>f)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>g)</td> <td>D'autres fruits ou légumes ?</td> <td>g)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>h)</td> <td>Du foie, rognons, cœur ou autres abats ?</td> <td>h)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>i)</td> <td>De la viande de bœuf, de porc, d'agneau, de chèvre, du poulet ou du canard ?</td> <td>i)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>j)</td> <td>Des œufs ?</td> <td>j)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>k)</td> <td>Du poisson frais ou séché, mollusques ou des crustacés ?</td> <td>k)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>l)</td> <td>N'importe quelle préparation à base de haricots, pois, lentilles, arachides ou autres noix ?</td> <td>l)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>m)</td> <td>Du fromage, du yaourt ou d'autres aliments à base de lait ?</td> <td>m)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>			Est-ce que vous avez bu ou mangé, hier pendant le jour ou la nuit :		OUI	NON	NSP	a)	Du lait tel que du lait en boîte, en poudre ou du lait frais d'animal ?	a)	1	2	8	b)	Du pain, du riz, du maïs, du sorgho, des pâtes/nouilles, bouillie ou autres préparations à base de céréales ?	b)	1	2	8	c)	Des citrouilles, carottes, courges ou pommes de terre douces qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur ?	c)	1	2	8	d)	Des pommes de terre, ignames blanches, manioc, cassava, ou préparations à base de tubercules ?	d)	1	2	8	e)	Des légumes à feuilles vert foncé ?	e)	1	2	8	f)	Des mangues, papayes mûres ou [INSÉREZ D'AUTRES FRUITS LOCAUX RICHES EN VITAMINE A ET QUI SONT DISPONIBLES] ?	f)	1	2	8	g)	D'autres fruits ou légumes ?	g)	1	2	8	h)	Du foie, rognons, cœur ou autres abats ?	h)	1	2	8	i)	De la viande de bœuf, de porc, d'agneau, de chèvre, du poulet ou du canard ?	i)	1	2	8	j)	Des œufs ?	j)	1	2	8	k)	Du poisson frais ou séché, mollusques ou des crustacés ?	k)	1	2	8	l)	N'importe quelle préparation à base de haricots, pois, lentilles, arachides ou autres noix ?	l)	1	2	8	m)	Du fromage, du yaourt ou d'autres aliments à base de lait ?	m)	1	2	8
Est-ce que vous avez bu ou mangé, hier pendant le jour ou la nuit :		OUI	NON	NSP																																																																																		
a)	Du lait tel que du lait en boîte, en poudre ou du lait frais d'animal ?	a)	1	2	8																																																																																	
b)	Du pain, du riz, du maïs, du sorgho, des pâtes/nouilles, bouillie ou autres préparations à base de céréales ?	b)	1	2	8																																																																																	
c)	Des citrouilles, carottes, courges ou pommes de terre douces qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur ?	c)	1	2	8																																																																																	
d)	Des pommes de terre, ignames blanches, manioc, cassava, ou préparations à base de tubercules ?	d)	1	2	8																																																																																	
e)	Des légumes à feuilles vert foncé ?	e)	1	2	8																																																																																	
f)	Des mangues, papayes mûres ou [INSÉREZ D'AUTRES FRUITS LOCAUX RICHES EN VITAMINE A ET QUI SONT DISPONIBLES] ?	f)	1	2	8																																																																																	
g)	D'autres fruits ou légumes ?	g)	1	2	8																																																																																	
h)	Du foie, rognons, cœur ou autres abats ?	h)	1	2	8																																																																																	
i)	De la viande de bœuf, de porc, d'agneau, de chèvre, du poulet ou du canard ?	i)	1	2	8																																																																																	
j)	Des œufs ?	j)	1	2	8																																																																																	
k)	Du poisson frais ou séché, mollusques ou des crustacés ?	k)	1	2	8																																																																																	
l)	N'importe quelle préparation à base de haricots, pois, lentilles, arachides ou autres noix ?	l)	1	2	8																																																																																	
m)	Du fromage, du yaourt ou d'autres aliments à base de lait ?	m)	1	2	8																																																																																	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
	Toute autre huile, gras ou beurre, ou tous autres aliments à base de ces produits ?		
n)		n) 1 2 8	
o)	Tout aliment sucré tels que les chocolats, sucreries, bonbons, pâtisseries, gâteaux ou biscuits ?	o) 1 2 8	
p)	Condiments pour la saveur, comme les piments, épices, herbes ou poudre de poisson ?	p) 1 2 8	
q)	Les vers blancs, des escargots ou des insectes ?	q) 1 2 8	
r)	Aliments à base d'huile de palme rouge, noix de palme rouge, sauce rouge de pâte de graine de palme ?	r) 1 2 8	

SECTION 6. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
601	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariés ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME 2 NON, PAS EN UNION 3	<input type="checkbox"/> → 604
602	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme comme si vous étiez mariés ?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME ... 2 NON 3	→ 612
603	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ?	VEUVE 1 DIVORCÉE 2 SÉPARÉE 3	<input type="checkbox"/> → 609
604	Est-ce que votre (mari/partenaire) vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs ?	VIT AVEC ELLE 1 VIT AILLEURS 2	
605	ENREGISTRER LE NOM ET N° DE LIGNE DU MARI/PARTENAIRE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, ENREGISTREZ '00'.	NOM N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	
606	Est-ce que votre (mari/partenaire) a d'autres épouses ou vit-il avec d'autres femmes comme s'il était marié ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	<input type="checkbox"/> → 609
607	En tout, y compris vous-même, combien a-t-il d'épouses ou de partenaires avec qui il vit comme s'il était marié ?	NOMBRE TOTAL D'ÉPOUSES ET DE FEMMES AVEC QUI IL VIT COMME MARIÉ <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
608	Êtes-vous la première, deuxième,.....épouse ?	RANG <input type="text"/> <input type="text"/>	
609	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une seule fois ou plus d'une fois ?	SEULEMENT UNE FOIS 1 PLUS D'UNE FOIS 2	
610	VÉRIFIEZ 609 : <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> UNE SEULE FOIS ↓ En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (mari/partenaire) ? </div> <div> MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE FOIS ↓ Je voudrais maintenant vous parler de votre premier (mari/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ? </div> </div>	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	→ 612
611	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui pour la première fois ?	ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/>	
612	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
613	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains aspects importants de la vie. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels ?	N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS 00 ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> 1 ^{ère} FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIER) MARI/PARTENAIRE 95	→ 628

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 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
617	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels (avec cette 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 <input type="text"/> FOIS FOIS ↓ (PASSEZ) ← À 622)	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE <input type="text"/> FOIS FOIS ↓ (PASSEZ) ← À 622)	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE <input type="text"/> FOIS FOIS ↓ (PASSEZ) ← À 622)
621	VÉRIFIEZ 613 :	1 ^{re} FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 ^{er} MARI AUTRE ↓ (PASSEZ À 623)	1 ^{re} FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 ^{er} MARI AUTRE ↓ (PASSEZ À 623)	1 ^{re} FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 ^{er} MARI AUTRE ↓ (PASSEZ À 623)
622	Il y a combien de temps que vous avez eu vos premiers rapports sexuels avec cette (seconde/troisième) personne ?	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>
623	Au cours 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 <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>
624	Quel âge a cette personne ?	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
625	À part (cette personne/ces deux personnes), avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 (RETOURNEZ À 616 ← À COL.SUIVANTE) NON 2 (PASSEZ À 627) ←	OUI 1 (RETOURNEZ À 616 ← À COL.SUIVANTE) NON 2 (PASSEZ À 627) ←	

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL		
626	<p>En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ?</p> <p>SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NBRE DE PARTENAIRE EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</p>			<p>NOMBRE DE PARTENAIRE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>MOIS</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>		

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 <10 1 2</p> <p>HOMMES ADULTES 1 2</p> <p>FEMMES ADULTES 1 2</p>	
629	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des condoms ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 632
630	<p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>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 NATIONAL A</p> <p>HÔPITAL RÉGIONAL B</p> <p>CSREF C</p> <p>DISPEN./MATERNITÉ D</p> <p>CSCOM E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G</p> <p>CABINET DE SOIN PRIVÉ H</p> <p>SALLE DE SOIN I</p> <p>PHARMACIE J</p> <p>AGENT DE BASE COMMUNAUTAIRE (ADBC) K</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ L</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE M</p> <p>BAR/BOITE DE NUIT N</p> <p>KIOSQUE/TABLIER O</p> <p>VENDEUR AMBULANT P</p> <p>AMI/CONNAISSANCE/PARENTS ... Q</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
631	Est-ce que vous pourriez vous procurer des condoms si vous le souhaitiez ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8</p>	
632	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des condoms féminins ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 701

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
633	<p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL A</p> <p>HÔPITAL RÉGIONAL B</p> <p>CSREF C</p> <p>DISPENP./MATERNITÉ..... D</p> <p>CSCOM E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G</p> <p>CABINET DE SOIN PRIVÉ H</p> <p>SALLE DE SOIN I</p> <p>PHARMACIE J</p> <p>AGENT DE BASE COMMU- NAUTAIRE (ADBC) K</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ L</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE M</p> <p>BAR/BOITE DE NUIT N</p> <p>KIOSQUE/TABLIER O</p> <p>VENDEUR AMBULANT P</p> <p>AMI/CONNAISSANCE/PARENTS... Q</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
634	<p>Est-ce que vous pourriez vous procurer des condoms féminins si vous le souhaitiez ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8</p>	

SECTION 7. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
701	VÉRIFIEZ 304 : NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> IL OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→ 712
702	VÉRIFIEZ 226 : ENCEINTE <input type="checkbox"/> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/>		→ 704
703	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Après l'enfant que vous attendez maintenant, souhaiteriez-vous un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus avoir d'enfants ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT 1 PAS D'AUTRE 2 INDÉCISE/NE SAIT PAS 8	→ 705 → 711
704	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/un autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas (plus) avoir d'enfant ?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ... 1 PAS D'AUTRE/AUCUN 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS 8	→ 707 → 712 → 710
705	VÉRIFIEZ 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance (d'un/un autre) enfant ? Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS 1 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 704 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>VEUT UN/UN AUTRE ENFANT</p> <p>↓</p> <p><input type="checkbox"/></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NE VEUT PLUS D'ENFANT/AUCUN</p> <p>↓</p> <p><input type="checkbox"/></p> </div> </div> <p>Vous avez dit que dans l'immédiat, vous ne souhaitiez pas (un/un autre) enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>Y a-t-il une autre raison ?</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> <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 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 (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>↓</p> <p><input type="checkbox"/></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT</p> <p>↓</p> <p><input type="checkbox"/></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>OUI, UTILISE ACTUELLEMENT</p> <p><input type="checkbox"/></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>↓</p> <p><input type="checkbox"/></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>PAS D'ENFANTS VIVANTS</p> <p>↓</p> <p><input type="checkbox"/></p> </div> </div> <p>Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et que vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ?</p> <p>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 (PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 714</p> <p>→ 714</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
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> <div> GARÇONS FILLES N'IMPORTE </div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div> </div> NOMBRE AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
714	Au cours des derniers mois, avez-vous : Entendu parler de la planification familiale à la radio ? Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ? Lu quelque chose sur la planification familiale dans les journaux ou magazines ?	<div> <div> OUI NON </div> <div> RADIO 1 2 TÉLÉVISION 1 2 JOURNAUX OU MAGAZINES ... 1 2 </div> </div>	
715	QUESTIONS SPÉCIFIQUES AU PAYS SUR LES MESSAGES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE DANS LES MÉDIA		
716	VÉRIFIEZ 601 : <div> <div> OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE </div> <div> <input type="checkbox"/> </div> <div> OUI, VIT AVEC UN HOMME </div> <div> <input type="checkbox"/> </div> <div> NON, PAS EN UNION </div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div>	→ 801	
717	VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? <div> <div> UTILISE ACTUELLEMENT </div> <div> <input type="checkbox"/> </div> <div> N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT OU PAS POSÉE </div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div>	→ 720	
718	Diriez-vous que l'utilisation de la contraception est principalement votre décision, principalement celle de votre (mari/partenaire) ou est-ce une décision commune que vous avez prise ensemble ?	DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE ... 2 DÉCISION COMMUNE 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
719	VÉRIFIEZ 304 : <div> <div> NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ </div> <div> <input type="checkbox"/> </div> <div> LUI OU ELLE STÉRILISÉ </div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div>	→ 801	
720	Est-ce que votre (mari/partenaire) veut le même nombre d'enfants que vous ou en veut-il plus ou moins que vous ?	MÊME NOMBRE 1 PLUS D'ENFANTS 2 MOINS D'ENFANTS 3 NE SAIT PAS 8	

SECTION 8. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
801	<p>VÉRIFIEZ 601 ET 602 :</p> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p>	<p>→ 803</p> <p>→ 807</p>	
802	Quel âge avait votre (mari/partenaire) à son dernier anniversaire ?	<input type="text"/> <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: fondamental 1 (1er cycle), fondamental 2 (2nd cycle), secondaire (lycée, technique) ou supérieur ?	<p>FONDAMENTAL 1 (1er cycle) 1</p> <p>FONDAMENTAL 2 (2nd cycle) 2</p> <p>SECONDAIRE (LYCÉE/TECHNIQUE) . 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 NE PAS DE REVENUS 4 NE SAIT PAS 8	→ 820
819	Habituellement, qui décide comment l'argent que votre (mari/partenaire) gagne va être utilisé: vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 MARI/PARTENAIRE NE PAS DE REVENUS 4 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	
820	Habituellement, qui prend les décisions en ce qui concerne vos propres soins de santé: vous, votre (mari/partenaire), conjointement vous et votre (mari/partenaire) ou quelqu'un d'autre ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	
821	Qui prend habituellement les décisions concernant les achats importants pour le ménage ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	
822	Qui prend habituellement les décisions concernant les visites à votre famille ou parents ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	

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).	<table> <tr> <td></td><td>PRES./</td><td>PRES./</td><td>PAS</td></tr> <tr> <td></td><td>ÉCOUTE</td><td>ÉCOUTE</td><td>PRES.</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td>PAS</td><td></td></tr> <tr> <td>ENFANTS < 10</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>MARI</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </table>		PRES./	PRES./	PAS		ÉCOUTE	ÉCOUTE	PRES.			PAS		ENFANTS < 10	1	2	3	MARI	1	2	3	AUTRES HOMMES	1	2	3	AUTRES FEMMES	1	2	3	
	PRES./	PRES./	PAS																												
	ÉCOUTE	ÉCOUTE	PRES.																												
		PAS																													
ENFANTS < 10	1	2	3																												
MARI	1	2	3																												
AUTRES HOMMES	1	2	3																												
AUTRES FEMMES	1	2	3																												
826	Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes : Si elle 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 ?	<table> <tr> <td></td><td>OUI</td><td>NON</td><td>NSP</td></tr> <tr> <td>SORT SANS LUI DIRE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>NÉGLIGE ENFANTS</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>ARGUMENTE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>REFUSES RAPP. SEX</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>BRÛLE NOURRITURE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </table>		OUI	NON	NSP	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					
	OUI	NON	NSP																												
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																												

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
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 ?	<div style="text-align: right; margin-bottom: 5px;">OUI NON NSP</div> GROSSESSE. 1 2 8 ACCOUCHEMENT ... 1 2 8 ALLAITEMENT 1 2 8	
909	VÉRIFIEZ 908 : AU MOINS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓		→ 911
910	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le virus du sida pour réduire le risque de transmission à son enfant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
911	VÉRIFIEZ 208 AND 215 : AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> DERNIÈRE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2010 <input type="checkbox"/> ↓ DERNIÈRE NAISSANCE AVANT JANVIER 2010 <input type="checkbox"/>		→ 926 → 926
912	VÉRIFIEZ 408 POUR DERNIÈRE NAISSANCE : A EU DES SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> ↓ AUCUN SOIN PRÉNATAL <input type="checkbox"/>		→ 920
913	VÉRIFIER S'IL Y A D'AUTRE PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ.		
914	Au cours de l'une de ces visites prénatales pour votre dernière naissance, est-ce que l'on a parlé des sujets suivants ? Des bébés qui contractent le virus du sida de leur mère ? Des choses qu'on peut faire pour ne pas contracter le sida ? Effectuer un test du virus du sida ?	<div style="text-align: right; margin-bottom: 5px;">OUI NON NSP</div> SIDA DE LA MÈRE 1 2 8 CHOSSES À FAIRE 1 2 8 TEST 1 2 8	

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 AMOIS <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 AMOIS <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 NATIONAL 11 HÔPITAL RÉGIONAL 12 CSREF 13 DISPENP./MATERNITÉ 14 CSCOM 15 CENTRE CTV PUBLIC 16 DISPENSAIRE SCOLAIRE 17 AUTRE SECTEUR PUBLIC 18 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 CABINET DE SOIN PRIVÉ 22 SALLE DE SOIN 23 CENTRE CTV INDÉPENDANT 24 PHARMACIE 25 AGENT DE BASE COMMUNAUTAIRE (ADBC) 26 DISPENSAIRE SCOLAIRE 27 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 28 (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE MAISON (CHEZ ENQUÊTÉE) 31 CENTRE DE DÉTENTION 32 CAMP MILITAIRE 33 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>Pas d'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 NATIONAL A</p> <p>HÔPITAL RÉGIONAL B</p> <p>CSREF C</p> <p>DISPENP./MATERNITÉ D</p> <p>CSCOM E</p> <p>CENTRE CTV PUBLIC F</p> <p>DISPENSARE SCOLAIRE G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC H</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ I</p> <p>CABINET DE SOIN PRIVÉ J</p> <p>SALLE DE SOIN K</p> <p>CENTRE CTV INDÉPENDANT L</p> <p>PHARMACIE M</p> <p>AGENT DE BASE COMMUNAUTAIRE (ADBC) N</p> <p>DISPENSARE SCOLAIRE O</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ P</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>MAISON (CHEZ ENQUÊTÉE) Q</p> <p>CAMP MILITAIRE R</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>	

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-between; margin-top: 20px;"> <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>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
943	VÉRIFIEZ 940, 941, ET 942 : A EU UNE INFECTION (AU MOINS UN 'OUI') <input type="checkbox"/> N'A PAS EU D'INFECTION OU NE SAIT PAS <input type="checkbox"/>		→ 946
944	La dernière fois que vous avez eu (PROBLEME DÉCLARÉ À 940/941/942), avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?	OUI 1 NON 2	→ 946
945	Où êtes-vous allée ? Pas d'autre endroit ? INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL NATIONAL A HÔPITAL RÉGIONAL B CSREF C DISPENP./MATERNITÉ D CSCOM E CENTRE CTV PUBLIC F DISPENSARE SCOLAIRE G AUTRE SECTEUR PUBLIC H (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ I CABINET DE SOIN PRIVÉ J SALLE DE SOIN K CENTRE CTV INDÉPENDANT L PHARMACIE M AGENT DE BASE COMMU-NAUTAIRE (ADBC) N DISPENSARE SCOLAIRE O AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ P (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE MAISON (CHEZ ENQUÊTÉE) ... Q CAMP MILITAIRE R BOUTIQUE S AUTRE X (PRÉCISEZ)	
946	Si une femme sait que son mari est atteint d'une maladie qu'elle peut contracter au cours de rapports sexuels, pensez-vous qu'il est justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent des condoms quand ils ont des rapports sexuels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
947	Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a des relations sexuelles avec d'autres femmes, autres que ses épouses ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
948	VÉRIFIEZ 601 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 1001
949	Pouvez-vous refuser d'avoir des rapports sexuels avec votre mari/partenaire quand vous ne souhaitez pas en avoir ?	OUI 1 NON 2 CELA DÉPEND/PAS SÛRE 8	
950	Pourriez-vous demander à votre mari/partenaire d'utiliser un condom si vous vouliez qu'il en utilise un ?	OUI 1 NON 2 CELA DÉPEND/PAS SÛRE 8	

SECTION 10. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À															
1001	<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 constitue, pour vous, un problème important ou non ?</p> <p>Obtenir la permission d'aller voir un médecin ?</p> <p>Obtenir l'argent nécessaire pour le conseil ou le traitement ?</p> <p>La distance pour atteindre l'établissement de santé ?</p> <p>Ne pas vouloir y aller seule ?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>PROBLÈME IMPOR- TANT</th><th>PAS PRO- BLÈME IMPOR- TANT</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PERMISSION D'ALLER</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>OBTENIR L'ARGENT ...</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>DISTANCE</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Y ALLER SEULE</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		PROBLÈME IMPOR- TANT	PAS PRO- BLÈME IMPOR- TANT	PERMISSION D'ALLER	1	2	OBTENIR L'ARGENT ...	1	2	DISTANCE	1	2	Y ALLER SEULE	1	2	
	PROBLÈME IMPOR- TANT	PAS PRO- BLÈME IMPOR- TANT																
PERMISSION D'ALLER	1	2																
OBTENIR L'ARGENT ...	1	2																
DISTANCE	1	2																
Y ALLER SEULE	1	2																
1009	Êtes-vous couverte par une assurance médicale ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1101															

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
1010	<p>Par quel type d'assurance êtes-vous couverte ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>ASSURANCE MUTUELLE/ ASSURANCE SANTÉ COMMUNAUTAIRE A ASSURANCE SANTÉ PAR L'EMPLOYEUR B SÉCURITÉ SOCIALE C AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE D AUTRE X (PRÉCISEZ)</p>	

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 ?	TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITIONNELLE ... 11 MATRONE/ACCOUCHEUSE TRAD. 12 AUTRE TRADITIONNEL 16 (PRÉCISEZ) PROFESSIONNEL DE SANTÉ 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 1997 OU PLUS TARD N'A AUCUNE <input type="checkbox"/> FILLE VIVANTE NÉE EN 1997 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 1997 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 1997 OU PLUS TARD.</p>	<p>FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE</p> <p>(1^{ère} FILLE LA PLUS JEUNE)</p> <p>NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p>	<p>AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE</p> <p>(2^è FILLE LA PLUS JEUNE)</p> <p>NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p>	<p>AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (3^è FILLE LA PLUS JEUNE)</p> <p>NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/></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 ← À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 1111 ← À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 1111 ← À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES 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>TRADITIONNEL</p> <p>EXCISEUSE TRADITION... 11</p> <p>MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION... 12</p> <p>AUTRE TRAD. 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</p> <p>MÉDECIN 21</p> <p>INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME... 22</p> <p>AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>TRADITIONNEL</p> <p>EXCISEUSE TRADITION... 11</p> <p>MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION... 12</p> <p>AUTRE TRAD. 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</p> <p>MÉDECIN 21</p> <p>INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME... 22</p> <p>AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>TRADITIONNEL</p> <p>EXCISEUSE TRADITION... 11</p> <p>MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION... 12</p> <p>AUTRE TRAD. 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</p> <p>MÉDECIN 21</p> <p>INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME... 22</p> <p>AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ 26</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 1997 OU PLUS TARD.	AVANT AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (4 ^e FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> NAISSANCES NOM _____	AVANT AVANT AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (5 ^e FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> NAISSANCES NOM _____	AVANT AVANT AVANT AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (6 ^e FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> NAISSANCES 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 ?	TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITION... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION... 12 AUTRE TRAD. 16 _____ (PRÉCISEZ) PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 21 INFIRMIÈRE/ 22 SAGE-FEMME... 22 AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ 26 _____ (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITION.... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION.... 12 AUTRE TRAD. 16 _____ (PRÉCISEZ) PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 21 INFIRMIÈRE/ 22 SAGE-FEMME... 22 AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ 26 _____ (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITION.... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION.... 12 AUTRE TRAD. 16 _____ (PRÉCISEZ) PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 21 INFIRMIÈRE/ 22 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 À
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 a commencé après un accouchement ou une fausse-couche ?	APRÈS UN ACCOUCHEMENT 1 APRÈS UNE FAUSSE-COUCHE 2 NI L'UN NI L'AUTRE 3	→ 1205
1204	Est-ce que ce problème a commencé 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
1205	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
1206	Combien de jours après [CAUSE DU PROBLÈME DE 1203 OU 1205] les pertes ont-elles commencé ?	NOMBRE DE JOURS APRÈS ACCOUCH/AUTRE ÉVÈNEM. <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> (INSCRIVEZ 90 SI 90 JOURS OU PLUS)	
1207	Avez-vous recherché un traitement pour ce problème ?	OUI 1 NON 2	→ 1209
1208	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 GÉNÉE G PROBLÈME A DISPARU H AUTRE X (PRÉCISEZ)	→ 1301
1209	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)	
1210	Avez-vous eu une opération pour résoudre le problème ?	OUI 1 NON 2	
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 N'A PAS REÇU DE TRAITEMENT 4	

SECTION 13. MORTALITÉ MATERNELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1301	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos frères et soeurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère naturelle, y compris ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés. À combien d'enfants votre propre mère a-t-elle donné naissance, y compris vous-même ?	NOMBRE DE NAISSANCES DE LA MÈRE NATURELLE <input type="text"/> <input type="text"/>	
1302	VÉRIFIER 1301 : DEUX NAISSANCES OU PLUS  UNE NAISSANCE SEULEMENT (ENQUÊTÉE SEULE) <input type="checkbox"/> 		1400
1303	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance ?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
1304	Quel nom a été donné à votre frère ou soeur le plus âgé (ou suivant) ?	[1] _____ [2] _____ [3] _____ [4] _____ [5] _____ [6] _____	
1305	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2 MASC. 1 FÉM. 2 MASC. 1 FÉM. 2 MASC. 1 FÉM. 2 MASC. 1 FÉM. 2 MASC. 1 FÉM. 2	
1306	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLER À 1308  NSP 8 ALLER À [2]  OUI 1 NON 2 ALLER À 1308  NSP 8 ALLER À [3]  OUI 1 NON 2 ALLER À 1308  NSP 8 ALLER À [4]  OUI 1 NON 2 ALLER À 1308  NSP 8 ALLER À [5]  OUI 1 NON 2 ALLER À 1308  NSP 8 ALLER À [6]  OUI 1 NON 2 ALLER À 1308  NSP 8 ALLER À [7] 	
1307	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2] <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3] <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4] <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5] <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6] <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7]	
1308	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
1309	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [2] <input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [3] <input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [4] <input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [5] <input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [6] <input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [7]	
1310	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI 1 ALLER À 1313  NON 2 OUI 1 ALLER À 1313  NON 2 OUI 1 ALLER À 1313  NON 2 OUI 1 ALLER À 1313  NON 2 OUI 1 ALLER À 1313  NON 2 OUI 1 ALLER À 1313  NON 2	
1311	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI 1 ALLER À 1313  NON 2 OUI 1 ALLER À 1313  NON 2 OUI 1 ALLER À 1313  NON 2 OUI 1 ALLER À 1313  NON 2 OUI 1 ALLER À 1313  NON 2 OUI 1 ALLER À 1313  NON 2	
1312	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	OUI 1 NON 2 OUI 1 NON 2 OUI 1 NON 2 OUI 1 NON 2 OUI 1 NON 2 OUI 1 NON 2	
1313	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2] <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3] <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4] <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5] <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6] <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7]	
SI PLUS DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À 1400			

1304	Quel nom a été donné à votre frère ou soeur le plus âgé (ou suivant) ?	[7] _____	[8] _____	[9] _____	[10] _____	[11] _____	[12] _____
1305	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2
1306	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLER À 1308 NSP 8 ALLER À [8]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1308 NSP 8 ALLER À [9]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1308 NSP 8 ALLER À [10]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1308 NSP 8 ALLER À [11]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1308 NSP 8 ALLER À [12]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1308 NSP 8 ALLER À [13]
1307	Quel âge a (NOM) ?	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [8]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [9]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [10]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [11]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [12]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [13]
1308	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
1309	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ?	<div><div></div><div></div></div> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [8]	<div><div></div><div></div></div> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [9]	<div><div></div><div></div></div> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [10]	<div><div></div><div></div></div> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [11]	<div><div></div><div></div></div> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [12]	<div><div></div><div></div></div> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [13]
1310	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI 1 ALLER À 1313 NON 2	OUI 1 ALLER À 1313 NON 2	OUI 1 ALLER À 1313 NON 2	OUI 1 ALLER À 1313 NON 2	OUI 1 ALLER À 1313 NON 2	OUI 1 ALLER À 1313 NON 2
1311	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI 1 ALLER À 1313 NON 2	OUI 1 ALLER À 1313 NON 2	OUI 1 ALLER À 1313 NON 2	OUI 1 ALLER À 1313 NON 2	OUI 1 ALLER À 1313 NON 2	OUI 1 ALLER À 1313 NON 2
1312	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
1313	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [8]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [9]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [10]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [11]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [12]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [13]
SI PLUS DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À 1400							

SECTION 14. VIOLENCE DOMESTIQUE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A																																			
1400	<p>VÉRIFIEZ LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, [SUR LA PAGE COUVERTURE].</p> <p>FEMME SÉLECTIONNÉE <input type="checkbox"/> FEMME <input type="checkbox"/> POUR CETTE SECTION NON SÉLECTIONNÉE</p>		1433																																			
1401	<p>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES :</p> <p>NE PAS CONTINUEZ TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS CERTAINE D'ÊTRE EN PRIVÉ.</p> <p>VOUS ÊTES EN PRIVÉ 1 IMPOSSIBLE D'ÊTRE EN PRIVÉ 2</p>		1432																																			
	<p>LISEZ À L'ENQUÊTÉE :</p> <p>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions concernant certains autres aspects importants de la vie d'une femme. Vous allez trouver certaines de ces questions très personnelles. Cependant, vos réponses sont très importantes pour nous aider à connaître la condition des femmes au [PAYS]. Je vous garantis que vos réponses resteront complètement confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. Je tiens aussi à vous assurer que personne d'autre que vous dans votre ménage ne saura que l'on vous a posé ces questions.</p>																																					
1402	<p>VÉRIFIEZ 601 ET 602 :</p> <p>ACTUELLEMENT EN UNION/ VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>PRÉCÉDEMMENT EN UNION/ A VÉCU AVEC UN HOMME (LISEZ AU PASSÉ ET UTILISEZ "DERNIER" AVEC MARI/PARTENAIRE) <input type="checkbox"/></p> <p>JAMAIS EN UNION/ JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p>		1416																																			
1403	<p>Tout d'abord, je vais vous poser des questions sur des situations auxquelles certaines femmes sont confrontées. Dites-moi, s'il vous plait, si les situations suivantes s'appliquent à vos relations avec votre (dernier) (mari/partenaire) ?</p> <p>a) Il (est/était) jaloux ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres hommes ?</p> <p>b) Il vous (accuse/accusait) souvent d'être infidèle ?</p> <p>c) Il ne vous (permet/permettait) pas de voir vos amies ?</p> <p>d) Il (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille ?</p> <p>e) Il (insiste/insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments ?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th><th>NSP</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>JALOUX</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>ACCUSE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>VOIR AMIES</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>VOIR FAMILLE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>OÙ VOUS ÊTES</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	JALOUX	1	2	8	ACCUSE	1	2	8	VOIR AMIES	1	2	8	VOIR FAMILLE	1	2	8	OÙ VOUS ÊTES	1	2	8												
	OUI	NON	NSP																																			
JALOUX	1	2	8																																			
ACCUSE	1	2	8																																			
VOIR AMIES	1	2	8																																			
VOIR FAMILLE	1	2	8																																			
OÙ VOUS ÊTES	1	2	8																																			
1404	<p>Maintenant, je voudrais vous poser d'autres questions sur vos relations avec votre (dernier) (mari/partenaire).</p> <p>A Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) (mari/partenaire) :</p> <p>a) Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes ?</p> <p>b) Vous menace de vous blesser ou de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche ?</p> <p>c) Vous insulte ou vous rabaisse ?</p>	<p>B Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?</p> <table> <thead> <tr> <th></th><th>DÉJÀ ARRIVÉ</th><th>SOUVENT</th><th>TEMPS EN TEMPS</th><th>PAS DANS 12 DERNIERS MOIS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) OUI</td><td>1 →</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>NON</td><td>2 ↓</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>b) OUI</td><td>1 →</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>NON</td><td>2 ↓</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>c) OUI</td><td>1 →</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>NON</td><td>2 ↓</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	TEMPS EN TEMPS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS	a) OUI	1 →	1	2	3	NON	2 ↓				b) OUI	1 →	1	2	3	NON	2 ↓				c) OUI	1 →	1	2	3	NON	2 ↓				
	DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	TEMPS EN TEMPS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS																																		
a) OUI	1 →	1	2	3																																		
NON	2 ↓																																					
b) OUI	1 →	1	2	3																																		
NON	2 ↓																																					
c) OUI	1 →	1	2	3																																		
NON	2 ↓																																					

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A																																																							
1405	<p>A Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) (mari/partenaire) vous ait fait l'une des choses suivantes :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th>SOUVENT</th> <th>TEMPS EN TEMPS</th> <th>PAS DANS 12 DERNIERS MOIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) vous bouscule, secoue ou vous jette quelque chose ?</td> <td>OUI 1 → NON 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>b) vous gifle ?</td> <td>OUI 1 → NON 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?</td> <td>OUI 1 → NON 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?</td> <td>OUI 1 → NON 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>e) vous donne des coups de pieds, vous traîne par terre ou vous batte ?</td> <td>OUI 1 → NON 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>f) essaye de vous étrangler ou de vous brûler avec l'intention de le faire ?</td> <td>OUI 1 → NON 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>g) vous menace ou vous attaque avec un couteau, un fusil ou une autre arme ?</td> <td>OUI 1 → NON 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>h) vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas ?</td> <td>OUI 1 → NON 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>i) vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</td> <td>OUI 1 → NON 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>j) vous force en vous menaçant ou d'une autre manière à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</td> <td>OUI 1 → NON 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	TEMPS EN TEMPS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS	a) vous bouscule, secoue ou vous jette quelque chose ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3	b) vous gifle ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3	c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3	d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3	e) vous donne des coups de pieds, vous traîne par terre ou vous batte ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3	f) essaye de vous étrangler ou de vous brûler avec l'intention de le faire ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3	g) vous menace ou vous attaque avec un couteau, un fusil ou une autre arme ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3	h) vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3	i) vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3	j) vous force en vous menaçant ou d'une autre manière à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3	<p>B Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?</p>	
	DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	TEMPS EN TEMPS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS																																																						
a) vous bouscule, secoue ou vous jette quelque chose ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3																																																						
b) vous gifle ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3																																																						
c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3																																																						
d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3																																																						
e) vous donne des coups de pieds, vous traîne par terre ou vous batte ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3																																																						
f) essaye de vous étrangler ou de vous brûler avec l'intention de le faire ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3																																																						
g) vous menace ou vous attaque avec un couteau, un fusil ou une autre arme ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3																																																						
h) vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3																																																						
i) vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3																																																						
j) vous force en vous menaçant ou d'une autre manière à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3																																																						
1406	<p>VÉRIFIEZ 1405A (a-j) :</p> <p>AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/></p>		1409																																																							
1407	<p>Combien de temps (après votre mariage/après avoir commencé à vivre) avec (dernier) (mari/partenaire), cet acte s'est-il produit ou ces actes se sont-ils produits pour la première fois ?</p> <p>SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00'.</p>	<p>NOMBRE D'ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AVANT MARIAGE/AVANT VIVRE ENSEMBLE 95</p>																																																								
1408	<p>Est-ce qu'à la suite d'actes commis envers vous par votre (dernier) (mari/partenaire), il vous est arrivé d'avoir :</p> <p>a) des coupures, des hématomes ou des douleurs ?</p> <p>b) des hématomes aux yeux, des entorses, des luxations ou des brûlures ?</p> <p>c) des blessures profondes, des os cassés, des dents cassées ou d'autres blessures graves ?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p> <p>OUI 1 NON 2</p> <p>OUI 1 NON 2</p>																																																								

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A																									
1409	Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de battre, de gifler, de donner des coups de pied ou de faire quelque chose d'autre avec l'intention de blesser physiquement votre (dernier) (mari/partenaire) alors qu'il ne vous battait pas et ne vous faisait pas de mal physiquement ?	OUI 1 NON 2	→ 1411																									
1410	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de faire cela à votre (dernier) (mari/partenaire) : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?	SOUVENT 1 DE TEMPS EN TEMPS 2 PAS DU TOUT 3																										
1411	Est-ce que votre (dernier) (mari/partenaire) boit (buvait) de l'alcool ?	OUI 1 NON 2	→ 1413																									
1412	Combien de fois lui arrive-t-il (lui est-il arrivé) d'être ivre : souvent, de temps en temps ou jamais ?	SOUVENT 1 DE TEMPS EN TEMPS 2 JAMAIS 3																										
1413	Vous est-il arrivé d'avoir peur (d'avoir eu peur) de votre (dernier) (mari/partenaire) : de nombreuses fois, parfois ou jamais ?	DE NOMBREUSES FOIS 1 PARFOIS PEUR 2 JAMAIS PEUR 3																										
1414	VÉRIFIEZ 609 : MARIÉE PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> MARIÉE SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/>		→ 1416																									
1415	<p>A Jusqu'ici, nous avons parlé du comportement de votre (actuel/dernier) (mari/partenaire). Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le comportement de votre ou d'un de vos (mari(s)/partenaire(s)) précédent(s) .</p> <p>a) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose pour vous blesser physiquement ?</p> <p>b) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous force physiquement à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels contre votre volonté ?</p>	<p>B Il y a combien de temps que cela s'est produit ?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th>IL Y A 0-11 MOIS</th> <th>IL Y A 12 MOIS OU PLUS</th> <th>NE SE SOUVIENT PAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		DÉJÀ ARRIVÉ	IL Y A 0-11 MOIS	IL Y A 12 MOIS OU PLUS	NE SE SOUVIENT PAS	OUI	1 →	1	2	3	NON	2 ↓				OUI	1 →	1	2	3	NON	2				
	DÉJÀ ARRIVÉ	IL Y A 0-11 MOIS	IL Y A 12 MOIS OU PLUS	NE SE SOUVIENT PAS																								
OUI	1 →	1	2	3																								
NON	2 ↓																											
OUI	1 →	1	2	3																								
NON	2																											

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
1416	<p>VÉRIFIEZ 601 ET 602 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre que (votre/un) (mari/partenaire) vous a battu, giflé, donné des coups de pieds ou fait quelque chose pour vous faire mal physiquement ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>JAMAIS MARIÉE/JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un vous a battu, giflé ou donné des coups de pieds ou fait quelque chose d'autre pour vous faire mal physiquement ?</p> </div> </div>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3</p>	<p>→ 1419</p>
1417	<p>Qui vous a agressé de cette façon ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MÈRE/ FEMME DU PÈRE A</p> <p>PÈRE/ MARI DE LA MÈRE B</p> <p>SOEUR/FRÈRE C</p> <p>FILLE/FILS D</p> <p>AUTRE PARENT E</p> <p>PETIT AMI ACTUEL F</p> <p>PETIT AMI PRÉCÉDENT G</p> <p>BELLE-MÈRE H</p> <p>BEAU-PÈRE I</p> <p>AUTRE BEAU-PARENT J</p> <p>ENSEIGNANT K</p> <p>EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL L</p> <p>POLICE/SOLDAT M</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
1418	<p>Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-il arrivé que (cette personne/ces personnes) vous agresse (vous agressent) physiquement : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?</p>	<p>SOUVENT 1</p> <p>DE TEMPS EN TEMPS 2</p> <p>PAS DU TOUT 3</p>	
1419	<p>VÉRIFIEZ 201, 226 ET 230 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>A DÉJÀ ÉTÉ ENCEINTE (OUI À 201 OU 226 OU 230)</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>N'A JAMAIS ÉTÉ ENCEINTE</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> </div> </div>		<p>→ 1422</p>
1420	<p>Est-ce qu'il est arrivé que quelqu'un vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose d'autre pour vous faire mal physiquement alors que vous étiez enceinte ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>→ 1422</p>
1421	<p>Qui a agi ainsi pour vous faire mal physiquement pendant que vous étiez enceinte ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MARI/PARTENAIRE ACTUEL A</p> <p>MÈRE/ FEMME DU PÈRE B</p> <p>PÈRE/ MARI DE LA MÈRE C</p> <p>SOEUR/FRÈRE D</p> <p>FILLE/FILS E</p> <p>AUTRE PARENT F</p> <p>ANCIEN MARI/PARTI PRÉCÉDENT G</p> <p>PETIT AMI ACTUEL H</p> <p>ANCIEN PETIT AMI I</p> <p>BELLE-MÈRE J</p> <p>BEAU-PÈRE K</p> <p>AUTRE BEAU-PARENT L</p> <p>ENSEIGNANT M</p> <p>EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL N</p> <p>POLICE/SOLDAT O</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
1422	<p>VÉRIFIEZ 601 ET 602 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME</p> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ </div> <p>Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur des choses qui ont pu vous être faites par quelqu'un d'autre que (votre/un) (mari/partenaire).</p> <p>À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>JAMAIS MARIÉE/JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME</p> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ </div> <p>À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?</p> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>→ 1426</p> </div> </div>	
1423	<p>Quel âge aviez-vous la première fois que l'on vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
1424	<p>Quelle est la personne qui vous a forcé à ce moment-là ?</p>	<p>MARI/PARTENAIRE ACTUEL 01</p> <p>ANCIEN MARI/PARTENAIRE 02</p> <p>PETIT AMI ACTUEL/ANCIEN 03</p> <p>PÈRE/BEAU-PÈRE 04</p> <p>FRÈRE/BEAU-FRÈRE 05</p> <p>AUTRE PARENT 06</p> <p>BEAU-PARENT 07</p> <p>AMI/RENCONTRE 08</p> <p>AMI DE LA FAMILLE 09</p> <p>ENSEIGNANT 10</p> <p>EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL 11</p> <p>POLICE/SOLDAT 12</p> <p>PRÊTRE/RELIGIEUX 13</p> <p>INCONNU 14</p> <p>AUTRE 96</p> <p style="text-align: center;">PRÉCISEZ</p>	
1425	<p>VÉRIFIEZ 601 ET 602 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME</p> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ </div> <p>Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un, autre que (votre/un) (mari/partenaire) vous a forcé physiquement à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>JAMAIS MARIÉE/JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME</p> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ↓ </div> <p>Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a forcé physiquement à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?</p> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> </div> </div>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
1426	VÉRIFIEZ 1405A (a-j), 1415, 1416, 1420, 1422 ET 1425 : <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/></div> <div>PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/></div> </div>		→ 1430
1427	Pensez à ce qui vous est arrivé parmi les choses dont nous venons de parler. Vous est-il arrivé de rechercher de l'aide ?	OUI 1 NON 2	→ 1429
1428	Après de qui avez-vous recherché de l'aide ? Personne d'autre ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROPRE FAMILLE A FAMILLE DU MARI/PARTENAIRE B MARI/PARTENAIRE ACTUEL/ANCIEN C PETIT AMI ACTUEL /ANCIEN D AMI E VOISIN F RELIGIEUX G MÉDECIN/PERSONNEL SANTÉ H POLICE I HOMME DE LOI J SERVICE SOCIAL K AUTRE X (PRÉCISEZ)	→ 1430
1429	Avez-vous parlé de cela à quelqu'un ?	OUI 1 NON 2	
1430	Pour autant que vous le sachiez, est-ce que votre père battait votre mère ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	

REMERCIEZ L'ENQUÊTÉE DE SA COOPÉRATION ET RÉAFFIRMEZ-LUI QUE SES RÉPONSES RESTERONT CONFIDENTIELLES. COMPLÉTEZ LES QUESTIONS CI-DESSOUS CONCERNANT LE MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE SEULEMENT.

1431	<div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;"> AVEZ-VOUS DÛ INTERROMPRE L'INTERVIEW PARCE QU'UN ADULTE A ESSAYÉ D'ÉCOUTER, EST VENU DANS LA PIÈCE OU A ESSAYÉ D'INTERVENIR D'UNE AUTRE MANIÈRE ? </div> <div style="flex: 1;"> <table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI 1 FOIS</th> <th>OUI, PLUS D'UNE FOIS</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MARI</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRE HOMME ADULTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>FEMME ADULTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> </div> </div>		OUI 1 FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON	MARI	1	2	3	AUTRE HOMME ADULTE	1	2	3	FEMME ADULTE	1	2	3	
	OUI 1 FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON															
MARI	1	2	3															
AUTRE HOMME ADULTE	1	2	3															
FEMME ADULTE	1	2	3															
1432	COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE / SI L'ENQUÊTE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE N'A PU ÊTRE MENÉE, DONNEZ LES RAISONS. <hr/> <hr/> <hr/>																	
1433	ENREGISTREZ L'HEURE. <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>HEURE.....</div> <div><input type="text"/><input type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MINUTES.....</div> <div><input type="text"/><input type="text"/></div> </div>																	

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES CONCERNANT L'ENQUÊTÉE

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES

AUTRES COMMENTAIRES

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE : _____ DATE : _____

OBSERVATION DE LA CONTRÔLEUSE

NOM DE LA CONTRÔLEUSE : _____ DATE : _____

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 COLLIER
L MAMA
M MÉTHODE DU RYTHME
R 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
2	05	MAI	08		2
*	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
1	05	MAI	20		1
*	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
1	06	JUIN	31		1
0	05	MAI	32		0
*	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
9	05	MAI	44		9
*	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
8	05	MAI	56		8
*	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
7	05	MAI	68		7
*	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, les années devront être adaptées.

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

