

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

001	CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DE L'ADULTE	
<p>Bonjour. Je m'appelle _____. Je travaille pour l'Institut Haïtien de l'Enfance. Nous effectuons une enquête nationale sur la santé et sur d'autres sujets. Cette enquête menée pour le compte du MSPP, vise à mieux connaître la situation de santé de la population haïtienne.</p> <p>Dans le cadre de cette enquête, j'aimerais vous poser quelques questions qui aideront le gouvernement à améliorer les services de santé. Les questions prennent habituellement environ 45 minutes.</p> <p>Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles. Ces informations ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête qui sont tenus de ne pas divulguer les informations recueillies auprès des interviewés. Vous ne courez aucun risque en participant à cette enquête.</p> <p>Vous n'êtes pas obligé de participer à cette enquête, et il n'y a aucune pénalité si vous refusez d'y participer. Mais, nous espérons que vous accepterez d'y participer, car votre participation est très importante pour la réussite de l'étude.</p> <p>Avez-vous des questions au sujet de l'enquête?</p>	<p>L'ADULTE ACCEPTE D'ÊTRE INTERVIEWÉ 1</p> <p>L'ADULTE N'ACCEPTE PAS D'ÊTRE 2</p> <hr/> <p>SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE</p>	<p>→ 100</p> <p>→ FIN</p>

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
100	INSCRIVEZ L'HEURE.	HEURES <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	Depuis combien de temps vivez-vous de manière continue à (NOM DE LA VILLE, PETITE VILLE OU VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE) ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> DEPUIS TOUJOURS 95 VISITEUR 96	→ 105
103	Juste avant d'habiter ici, est-ce que vous viviez dans une ville, une petite ville ou en zone rurale ?	VILLE 1 PETITE VILLE 2 ZONE RURALE 3	
104	Juste avant d'habiter ici, dans quel département est-ce que vous viviez ?	AIRE METROPOLITAINE 01 RESTE-OUEST 02 SUD-EST 03 NORD 04 NORD-EST 05 ARTIBONITE 06 CENTRE 07 SUD 08 GRANDE-ANSE 09 NORD-OUEST 10 NIPPES 11 EN DEHORS DU [PAYS] 96	
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAIT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAIT PAS L'ANNÉE 9998	
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
106A	VÉRIFIEZ COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE: SOUS-ÉCHANTILLON 1 (1/3 DES MÉNAGES) <input type="checkbox"/> SOUS-ÉCHANTILLON 2 (2/3 DES MÉNAGES) <input type="checkbox"/>		→ 107
106B	VÉRIFIEZ 106:	15-34 ANS 1 35-64 ANS 2	→ 107

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À												
106C	<p>Au cours de l'interview, je voudrais mesurer votre tension artérielle. Je le ferai trois fois au cours de l'interview. C'est une procédure qui ne comporte aucun danger. On l'effectue pour savoir si une personne a une tension artérielle élevée. Si elle n'est pas traitée, une tension élevée peut endommager sérieusement le cœur.</p> <p>Je vous donnerai les résultats de la mesure de la tension artérielle après l'interview en vous expliquant ce que signifient les chiffres de votre tension artérielle. Si votre tension artérielle est élevée, nous vous conseillerons de consulter dans un établissement de santé ou de voir un médecin car nous ne pouvons pas effectuer d'autre contrôle ou fournir un traitement au cours de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser sur les mesures de la tension artérielle ?</p> <p>Vous pouvez dire oui ou non ou vous pouvez aussi décider à n'importe quel moment de ne pas participer à la prise des mesures de la tension artérielle .</p>	<p>OUI, L'ENQUÊTÉE ACCEPTE 1</p> <p>NON, L'ENQUÊTÉE N'ACCEPTE PAS 2</p>	→ 107												
	SIGNATURE ENQUÊTRICE _____ DATE _____														
106D	<p>Avant de commencer à mesurer votre tension artérielle, je voudrais vous poser quelques questions sur des choses qui peuvent affecter ces mesures. Avez-vous fait l'une des choses suivantes dans les 30 dernières minutes :</p> <p>a) Manger quelque chose ?</p> <p>b) Consommé du café, du thé, de la cola ou bu une autre boisson contenant de la caféine ?</p> <p>c) Fumé du tabac sous n'importe quelle forme ?</p> <p>d) Effectué une activité physique ou des exercices physiques de manière intensive ?</p>	<p>OUI NON</p> <p>a) MANGER 1 2</p> <p>b) CAFEINE 1 2</p> <p>c) FUMER 1 2</p> <p>d) PHYSIQUE 1 2</p>													
106E	REGARDEZ LE BRAS DE L'ENQUÊTÉE ET PRENEZ LE BRASSARD APPROPRIÉ POUR PRENDRE LA														
106F	<p>PRENEZ LA PRESSION ARTÉRIELLE.</p> <p>ENREGISTREZ LA PRESSION SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS MESURER LA PRESSION DE L'ENQUÊTÉE, ENREGISTREZ LA RAISON.</p>	<p>SYSTOLIQUE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>DIASTOLIQUE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>REFUSÉ 994</p> <p>PROBLÈMES TECHNIQUES 995</p> <p>AUTRE 996</p>													
107	Êtes-vous allée à l'école ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 111												
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?	<p>PRIMAIRE 1</p> <p>SECONDAIRE 2</p> <p>SUPÉRIEUR 3</p>													
109	<p>Quelle est l'année/classe la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ?*</p> <p>SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.</p>	CLASSE/ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>													
110	<p>VÉRIFIEZ 108:</p> <p>PRIMAIRE OU <input type="checkbox"/> SECONDAIRE ↓</p> <p>SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/> →</p>		→ 113												

* CODES POUR Q. 109

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

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
111	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 UNE PARTIE DE LA PHRASE 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DEMANDÉE 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE 5	
112	VÉRIFIEZ 111: CODE '2', '3' <input type="checkbox"/> OU '4' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓ CODE '1' OU '5' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ		→ 114
113	Lisez-vous un journal ou un magazine pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4	
114	Écoutez-vous la radio pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4	
115	Regardez-vous la télévision pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4	
116	Est-ce que vous possédez un téléphone portable ?	OUI 1 NON 2	→ 118
117	Est-ce que vous utilisez votre téléphone portable pour faire des opérations financières ?	OUI 1 NON 2	
118	Avez-vous un compte dans une banque ou dans une autre institution financière que vous pouvez utiliser	OUI 1 NON 2	
119	Avez-vous déjà utilisé internet ?	OUI 1 NON 2	→ 122
120	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé internet ? SI NÉCESSAIRE, INSISTEZ POUR L'UTILISATION À PARTIR DE N'IMPORTE QUEL ENDROIT AVEC N'IMPORTE QUEL APPAREIL.	OUI 1 NON 2	→ 122
121	Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous utilisé internet: presque chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRESQUE CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4	
122	Quelle est votre religion?	CATHOLIQUE 1 PROTESTANT/MÉTHODISTE/ ADVENTISTE/TÉMOIN DE JÉHOVA 2 VAUDOISANT 3 PAS DE RELIGION 4 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
122A	VÉRIFIEZ COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE: SOUS-ÉCHANTILLON 1 (1/3 DES MÉNAGES) <input type="checkbox"/> SOUS-ÉCHANTILLON 2 (2/3 DES MÉNAGES) <input type="checkbox"/>		→ 124
122B	VÉRIFIEZ 106 :	15-34 ANS 1 35-64 ANS 2	→ 124
122C	Est-ce que je peux mesurer votre pression artérielle SIGNATURE ENQUÊTRICE _____ DATE _____	OUI, L'ENQUÊTÉE ACCEPTE 1 NON, L'ENQUÊTÉE N'ACCEPTE PAS 2	→ 124
122D	PRENEZ LA PRESSION ARTÉRIELLE. ENREGISTREZ LA PRESSION SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE. SI VOUS NE POUVEZ PAS MESURER LA PRESSION DE L'ENQUÊTÉE, ENREGISTREZ LA RAISON.	SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSÉ 994 PROBLÈMES TECHNIQUES 995 AUTRE 996	
124	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de passer une nuit ou plus ailleurs que chez vous ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 127
125	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été absente de chez vous pendant plus d'un mois d'affilée ?	OUI 1 NON 2	
127	Depuis le tremblement de terre avez-vous vécu à n'importe quel moment dans un camp d'hébergement ?	OUI 1 NON 2	
128	VÉRIFIEZ 106:	15-49 ANS 1 50-64 ANS 2	→ 201 → 1101

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ 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	a) Combien de fils vivent avec vous ? b) Et combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) 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> b) 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	OUI 1 NON 2	→ 206								
205	a) Combien de fils sont vivants mais qui ne vivent pas avec vous ? b) Et combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) 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> b) 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 fait un mouvement, qui a émis un son ou essayé de respirer ou qui a montré d'autres signes de vie pendant un très court moment ?	OUI 1 NON 2	→ 208								
207	a) Combien de garçons sont décédés ? b) Et combien de filles sont décédés ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) 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> b) FILLES DÉCÉDÉES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL 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 201-208 COMME IL SE										
210	VÉRIFIEZ 208: UNE NAISSANCE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> → 226										

SECTION 2. REPRODUCTION

211 Je voudrais maintenant faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la première. INSCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. INSCRIVEZ LES JUMEAUX/TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES. S'IL Y A PLUS DE 10 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) ?	(NOM) est-il un garçon ou une fille ?	Quand (NOM) est né, s'agissait-il d'une naissance simple ou multiple ?	Quel jour, quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?	SI EN VIE: (NOM) vit-il/elle avec vous ?	SI EN VIE: INSCRIVEZ LE No DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.	SI DÉCÉDÉ: Quel âge avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ? SI '12 MOIS' OU '1 AN', DEMANDEZ: Est-ce que (NOM) avait eu son premier anniversaire ? PUIS DEMANDEZ: Exactement combien de mois avait (NOM) INSCRIVEZ EN JOURS SI L'ENFANT A MOINS D'1 MOIS; EN MOIS, SI L'ENFANT A 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 ?
INSCRIVEZ LE NOM. NO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES					INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUE				
01	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> (NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	
02	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
03	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
04	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	YES 1 NON 2 (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
05	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
<p>Quel nom a été donné à votre (premier enfant/ enfant suivant) ?</p> <p>INSCRI-VEZ LE NOM.</p> <p>NO DE L'HISTORIQUE DES NAISSAN</p>	<p>(NOM) est-il un garçon ou une fille ?</p>	<p>Quand (NOM) est né, s'agissait-il d'une naissance simple ou multiple ?</p>	<p>Quel jour, quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?</p>	<p>(NOM) est-il/elle encore en vie ?</p>	<p>217 SI EN VIE: Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?</p> <p>INSCRI-VEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUE</p>	<p>218 SI EN VIE: (NOM) vit-il/elle avec vous ?</p>	<p>219 SI EN VIE: INSCRIVEZ LE No DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.</p>	<p>220 SI DÉCÉDÉ: Quel âge avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ?</p> <p>SI '12 MOIS' OU '1 AN', DEMANDEZ: Est-ce que (NOM) avait eu son premier anniversaire ?</p> <p>PUIS DEMANDEZ: Exactement combien de mois avait (NOM) INSCRIVEZ EN JOURS SI L'ENFANT A MOINS D'1 MOIS; EN MOIS, SI L'ENFANT A MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.</p>	<p>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 ?</p>
06	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
07	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
08	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
09	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
10	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ?	OUI 1 (INSCRIVEZ LA/LES NAISS. DANS LE TABLEAU) NON 2	
223	COMPAREZ 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES DANS LE TABLEAU DES NAISSANCES NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTEZ ET CORRIGEZ)		
224 (1)	VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NOMBRE DE NAISSANCES DANS 2011-2016	NOMBRE DE NAISSANCES <input type="text"/> AUCUNE 0	
226	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	→ 230
227	Depuis combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Quand vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI 1 NON 2	→ 230
229	VÉRIFIEZ 208: NOMBRE TOTAL DE NAISSANCES UNE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> a) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez plus d'enfant ? b) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas avoir	PLUS TARD 1 PLUS AUCUN/AUCUN 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	→ 238M
230A	Combien de grossesses de ce genre avez-vous eu au cours de votre vie ?	TOTAL DE GROSSESSES DE CE GENRE <input type="text"/> <input type="text"/>	
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"/>	

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À		
232	VÉRIFIEZ 231: DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN 2011-2016 <input type="checkbox"/>		→ 234		
		DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN 2010 OU PLUS TÔT <input type="checkbox"/>	→ 238A		
LINE NO.	233 En quel mois et en quelle année cette grossesse de ce genre s'est-elle terminée ?	234 De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse/ cette grossesse) de ce genre s'est terminée ?	234A Est-ce que cette grossesse s'est terminée par un avortement provoqué, une fausse couche ou un mort-né ?	235 Depuis janvier 2011, avez-vous eu d'autres grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante ?	
01		<input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS	AVORT. PROV. 1 FAU. COUCH. 2 MORT-NÉ ... 3	OUI 1 NON 2	→ LIG SUIV. → 237
02	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ANNÉE	<input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS	AVORT. PROV. 1 FAU. COUCH. 2 MORT-NÉ ... 3	OUI 1 NON 2	→ LIG SUIV. → 237
03	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ANNÉE	<input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS	AVORT. PROV. 1 FAU. COUCH. 2 MORT-NÉ ... 3	OUI 1 NON 2	→ LIG SUIV. → 237
04	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ANNÉE	<input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS	AVORT. PROV. 1 FAU. COUCH. 2 MORT-NÉ ... 3	OUI 1 NON 2	→ 237
237	Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant 2011 et qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI 1 NON 2			→ 238B
238	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2011 ?	MOIS ANNÉE			
238A	Est-ce que cette grossesse s'est terminée par un avortement provoqué, une fausse couche ou un mort- né ?	AVORTEMENT PROVOQUÉ 1 FAUSSE COUCHE 2 MORT-NÉ 3			
238B	Au cours de votre vie, combien avez-vous eu de: -Avortement provoqué? -Fausse couche? -Mort-né?	AVORTEMENT PROVOQUÉ FAUSSE COUCHE MORT-NÉ			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
238C	VÉRIFIEZ 238B : AU MOINS UN AVORTEMENT PROVOQUÉ <input type="checkbox"/> AUCUN AVORTEMENT PROVOQUÉ <input type="checkbox"/>		→ 238M
238D	VÉRIFIEZ 234A : AU MOINS UN AVORTEMENT PROVOQUÉ DANS 2011-2016 <input type="checkbox"/> AUCUN AVORTEMENT PROVOQUÉ EN 2011-2016 <input type="checkbox"/>		→ 238L
238E	Je voudrais maintenant vous parler de votre dernier avortement. Avez-vous décidé, vous-même, de faire cet avortement, ou avez-vous été poussée ou forcée par quelqu'un d'autre à faire cet avortement?	A DÉCIDÉ ELLE-MÊME 1 QUELQU'UN AUTRE 2	→ 238G
238F	Qui vous a poussée ou forcée à faire cet avortement?	PROFESSIONNEL DE SANTÉ 1 LE PÈRE 2 LA MÈRE 3 LE MARI/PARTENAIF 4 AMI(E)S 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	
238G	Pouvez-vous me dire quels moyens ou quelles procédures ont été utilisés pour interrompre cette grossesse?	DILATATION & CURETAG A ASPIRATION B SONDE C CyTOTEK (MISOPROSTOL) D INJECTIONS E COMPRIMÉS F PLANTES/DÉCOCTION G AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	
238H	Où a eu lieu cet avortement?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE 12 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ... 21 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE 22 CLINIQUE PLANNING FAMILIA ... 23 CABINET MÉDECIN PRIVÉ 24 SECTEUR MÉDICAL MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE 31 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE 32 CLINIQUE PLANNING FAMILIA ... 33 SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL CLINIQUE MOBILE 41 MAISON PROPRE MAISON 51 AUTRE MAISON 52 AUTRE 96 (PRÉCISER)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
238I	<p>VÉRIFIEZ 238H :</p> <p>CODES 11 À 41 ENCERCLÉS <input type="checkbox"/></p> <p>CODES 51, 52 OU 96 ENCERCLÉS <input type="checkbox"/></p> <p>a) Qui vous a assisté au moment de cet avortement?</p> <p>INSISTER: Quelqu'un d'autre?</p> <p>b) Est-ce que quelqu'un était présent pour vous aider au moment de cet avortement?</p> <p>SI 'OUI': Qui vous a assisté au moment de cet avortement?</p> <p>INSISTER: Quelqu'un d'autre?</p> <p>INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES.</p>	<p>PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN A</p> <p>INFIRMIER/(-IÈRE)..... B</p> <p>AUXILIAIRE..... C</p> <p>MÉDIC. NON INSTITUTIONNEL</p> <p>AGENT SANT D</p> <p>SAGE-FEM./MATRONE AVEC BOÎTE</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ</p> <p>SAGE-FEM./MATRONE SANS BOÎTE F</p> <p>GUÉRISSEUR/MÉDECIN-FEUILLE G</p> <p>OUGAN/MAMBO H</p> <p>PRIVÉ NON MÉDICAL</p> <p>PARENT(E)S/AMI(E)S I</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>PERSONNE Y</p>	
238J	<p>À la suite de cet avortement avez-vous eu des complications, comme, par exemple, des saignements ou une infection?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
238K	<p>Si vous aviez une autre grossesse que vous ne souhaitez pas, seriez-vous prête à refaire un avortement provoqué ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE PEUT PLUS TOMBER ENCEINTE 3</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
238L	<p>VÉRIFIER 238B:</p> <p>UN SEUL AVORTEMENT PROVOQUÉ <input type="checkbox"/></p> <p>PLUSIEURS AVORTEMENTS PROVOQUÉS <input type="checkbox"/></p> <p>a) En plus de la grossesse qui s'est terminée par un avortement provoqué, avez-vous fait d'autres tentatives d'avortement qui ont échoué?</p> <p>SI OUI: En plus de la grossesse qui s'est terminée par un avortement provoqué, combien avez-vous fait d'autres tentatives d'avortement?</p> <p>b) En plus des grossesses qui se sont terminées par un avortement provoqué, avez-vous fait d'autres tentatives d'avortement qui ont échoué?</p> <p>SI OUI: En plus des grossesses qui se sont terminées par un avortement provoqué, combien avez-vous fait d'autres tentatives d'avortement?</p>	<p>NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NON 95</p>	
238M	<p>Au cours de votre vie, avez-vous fait des tentatives d'avortement qui ont échoué?</p> <p>SI OUI: En tout, au cours de votre vie, combien avez-vous fait de tentatives d'avortement?</p>	<p>NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NON 95</p>	

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
239	Quand vos dernières règles ont-elles commencé ? _____ (DATE, SI DONNÉE)	IL Y A JOURS 1 IL Y A SEMAINES 2 IL Y A MOIS 3 IL Y A ANNÉES 4 EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE 994 AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995 JAMAIS EU DE RÈGLES 996	<table border="1" style="width: 40px; height: 40px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>								
240	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 PAS SÛRE 8	→ 242								
241	Est-ce que cette période se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles soient terminées ou bien au milieu de deux périodes de règles ?	JUSTE AVANT QUE LES RÉGLES COMMENCENT 1 PENDANT LES RÉGLES 2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÉGLES 3 AU MILIEU, ENTRE DEUX PÉRIODES DE RÉGLES 4 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8									
242	Après la naissance d'un enfant, est-ce qu'une femme peut tomber enceinte avant que ses règles soient revenues ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8									

SECTION 3. CONTRACEPTION

301	Je voudrais maintenant que nous parlions de planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. Avez-vous déjà entendu parler d'une (MÉTHODE) ?	
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 pour leur éviter une grossesse pendant un ou plusieurs mois.	OUI 1 NON 2
04	Injectables. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour leur éviter une grossesse 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 bâtonnet ou plus sous la peau du haut du bras pour leur éviter une grossesse, pendant une année ou plus.	OUI 1 NON 2
06	Pilule. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter une grossesse.	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
09	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.	OUI 1 NON 2
10	Méthode des jours fixes. INSISTEZ : Les femmes utilisent un collier de perles de couleur différente pour connaître les jours où elles peuvent tomber enceintes. Durant ces jours où elles peuvent tomber enceintes, elles utilisent un	OUI 1 NON 2
11	Méthode de l'aménorrhée et de l'allaitement maternel (MAMA). INSISTEZ : Pendant six mois après la naissance d'un enfant, avant que les règles ne soient revenues, les femmes utilisent une méthode	OUI 1 NON 2
12	Méthode du rythme. INSISTEZ : Pour éviter une grossesse, les femmes n'ont pas de rapports sexuels les jours où elles pensent qu'elles peuvent tomber	OUI 1 NON 2
13	Retrait. INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI 1 NON 2
14	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes qu'une femme ou un homme peut utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI, MÉTHODE MODERNE _____ A (PRÉCISEZ) OUI, MÉTHODE TRADITIONNELLE _____ B (PRÉCISEZ) NON Y

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
302	VÉRIFIEZ 226: PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE ↓	ENCEINTE <input type="checkbox"/>	→ 314
303	Est-ce que vous, ou votre partenaire, faites actuellement quelque chose ou est-ce que vous utilisez actuellement une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 314
304	Quelle méthode utilisez-vous ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI PLUS D'UNE MÉTHODE EST MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS 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 MAMA H MÉTHODE DU RYTHMI K RETRAIT L AUTRE MÉTHODE MODERNE X AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE Y	→ 307 → 309 → 306 309 →
305	Quelle est la marque de pilule que vous utilisez actuellement ? SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOÎTE.	PILPLAN 01 LOFEMENAL 02 OVRETTE 03 MICROGYNON 04 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	→ 309
306	Quelle est la marque de condom que vous utilisez actuellement ? SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOÎTE.	PANTÈ 01 CONDOM SANS NOM 02 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	→ 309
307	Dans quel établissement a été effectuée la stérilisation ? INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE 12 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE 22 CLINIQUE PLANNING FAMILI/ 23 CABINET MÉDECIN PRIVÉ 24 SECTEUR MÉDICAL MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE 31 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE 32 CLINIQUE PLANNING FAMILI/ 33 SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL CLINIQUE MOBILE 41 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À														
308	En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?	MOIS <table border="1" data-bbox="1209 181 1353 237" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> ANNÉE <table border="1" data-bbox="1075 237 1353 293" 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>													<table border="1" data-bbox="1369 181 1385 282" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table> → 315		
309	Depuis quel mois et quelle année utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ? INSISTEZ : Depuis combien de temps utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?	MOIS <table border="1" data-bbox="1209 324 1353 380" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> ANNÉE <table border="1" data-bbox="1075 380 1353 436" 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>													<table border="1" data-bbox="1369 324 1385 425" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table> → 315		

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
314	Avez-vous déjà utilisé quelque chose ou essayé par divers moyens de retarder ou d'éviter une grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 326
315	VÉRIFIEZ 304: ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	PAS DE CODE ENCERCLÉ 00 STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 CONDOM 07 MAMA 08 MÉTHODE DU RYTHMI 09 RETRAIT 10 AUTRE MÉTHODE MODERNE 95 AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE 96	→ 326 → 319 → 327 → 323
316	Vous avez commencé en utilisant (MÉTHODE ACTUELLE) en (DATE à 309). Où l'avez-vous obtenue à ce moment-là ? INSISTEZ POUR IDENTIFIER 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)	SECTEUR MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE 12 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE 22 CLINIQUE PLANNING FAMILI/ 23 CABINET MÉDECIN PRIVÉ 24 PHARMACIE 25 SECTEUR MÉDICAL MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE 31 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE 32 CLINIQUE PLANNING FAMILI/ 33 SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL CLINIQUE MOBILE 41 AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR 42 AUTRE SOURCE NON MÉDICALE BOUTIQUE/ MARCHÉ 51 DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE 52 ÉCOLE 53 PARENT(E)S/ AMI(E)S 54 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	
317	VÉRIFIEZ 304: ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 CONDOM 07 MAMA 08 MÉTHODE DU RYTHME 09 AUTRE MÉTHODE MODERNE 95 AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE 96	→ 323 → 322 → 323

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
318	À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'effets secondaires que vous pourriez avoir en utilisant cette méthode ?	OUI 1 NON 2	→ 321 → 320
319	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 ?	OUI 1 NON 2	→ 321
320	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	→ 322
321	Vous a-t-on dit ce qu'il fallait faire si vous aviez ces effets secondaires ou ces problèmes ?	OUI 1 NON 2	
322	VÉRIFIEZ 318 ET 319: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> UN <input type="checkbox"/> OUI' ↓ </div> <div style="border-left: 1px dashed black; width: 1px; height: 100px;"></div> <div style="text-align: center;"> AUTRE <input type="checkbox"/> ↓ </div> </div> <p>a) À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pourriez utiliser ?</p> <p>b) Quand vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE DE 315) de (ENDROIT DE 307 OU 316), vous a-t-on parlé d'autres méthodes de PF que vous pouviez utiliser ?</p>	OUI 1 NON 2	→ 324
323	Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?	OUI 1 NON 2	
324	VÉRIFIEZ 304: ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 CONDOM 07 MAMA 08 MÉTHODE DU RYTHMI 09 RETRAIT 10 AUTRE MÉTHODE MODERNE 95 AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE 96	→ 327 → 327 → 327

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
325	<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 DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ</p> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE 12</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE 22</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILI/. 23</p> <p>CABINET MÉDECIN PRIVÉ 24</p> <p>PHARMACIE 25</p> <p>SECTEUR MÉDICAL MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE 31</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE 32</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL 33</p> <p>SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL</p> <p>CLINIQUE MOBILE 41</p> <p>AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR 42</p> <p>AUTRE SOURCE NON MÉDICALE</p> <p>BOUTIQUE/ MARCHÉ 51</p> <p>DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE 52</p> <p>ÉCOLE 53</p> <p>PARENT(E)S/ AMI(E)S 54</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 327</p>
326	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
327	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez reçu la visite d'un agent de santé ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 329
328	Est-ce que l'agent de santé vous a parlé de planification familiale ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
329	<p>VÉRIFIEZ 202: ENFANT VIVANT</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>a) 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 ?</p> <p>b) Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 401
330	Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

401	VÉRIFIEZ 224: UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2011-2016 <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE EN 2011-2016 <input type="checkbox"/> → 648																												
402	VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES À 403 ET LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE À 404 POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2011-2016. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISEZ LA DERNIÈRE COLONNE D'UN/DES QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE. Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).																												
403	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.																												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>DERNIÈRE NAISSANCE</th> <th>AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCE <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCE <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCE <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCE <input type="text"/> <input type="text"/>																								
DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE																												
NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCE <input type="text"/> <input type="text"/>	NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCE <input type="text"/> <input type="text"/>																												
404	À PARTIR DES QUESTIONS 212 ET 216:																												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NOM</th> <th>NOM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/></td> <td>VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	NOM	NOM	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>																								
NOM	NOM																												
VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>																												
405	Quand vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?																												
	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>OUI 1 (ALLEZ À 408) ←</td> <td>OUI 1 (ALLEZ À 426) ←</td> </tr> <tr> <td>NON 2</td> <td>NON 2</td> </tr> </tbody> </table>	OUI 1 (ALLEZ À 408) ←	OUI 1 (ALLEZ À 426) ←	NON 2	NON 2																								
OUI 1 (ALLEZ À 408) ←	OUI 1 (ALLEZ À 426) ←																												
NON 2	NON 2																												
406	VÉRIFIEZ 208:																												
	<table border="1"> <tbody> <tr> <td> SEULEMENT UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> a) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard, ou est-ce que vous ne vouliez pas d'enfant ? </td> <td> PLUS D'UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> b) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard, ou est-ce que vous ne vouliez pas d'enfant ? </td> <td> PLUS TARD 1 PLUS/AUCUN 2 (ALLEZ À TO 408) ← </td> <td> PLUS TARD 1 PLUS/AUCUN 2 (ALLEZ À 426) ← </td> </tr> </tbody> </table>	SEULEMENT UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> a) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard, ou est-ce que vous ne vouliez pas d'enfant ?	PLUS D'UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> b) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard, ou est-ce que vous ne vouliez pas d'enfant ?	PLUS TARD 1 PLUS/AUCUN 2 (ALLEZ À TO 408) ←	PLUS TARD 1 PLUS/AUCUN 2 (ALLEZ À 426) ←																								
SEULEMENT UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> a) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard, ou est-ce que vous ne vouliez pas d'enfant ?	PLUS D'UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> b) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard, ou est-ce que vous ne vouliez pas d'enfant ?	PLUS TARD 1 PLUS/AUCUN 2 (ALLEZ À TO 408) ←	PLUS TARD 1 PLUS/AUCUN 2 (ALLEZ À 426) ←																										
407	Combien de temps de plus vouliez-vous attendre ?																												
	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>ANNÉES 2 <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>ANNÉES 2 <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NE SAIT PAS 998</td> <td>NE SAIT PAS 998</td> </tr> </tbody> </table>	MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/>	MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/>	ANNÉES 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	ANNÉES 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	NE SAIT PAS 998	NE SAIT PAS 998																						
MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/>	MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/>																												
ANNÉES 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	ANNÉES 2 <input type="text"/> <input type="text"/>																												
NE SAIT PAS 998	NE SAIT PAS 998																												
408	Avez-vous vu quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse ?																												
	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>OUI 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NON 2 (ALLEZ À 414) ←</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	OUI 1		NON 2 (ALLEZ À 414) ←																									
OUI 1																													
NON 2 (ALLEZ À 414) ←																													
409	Qui avez-vous vu ? Quelqu'un d'autre ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.																												
	<table border="1"> <tbody> <tr> <td colspan="2">PROF. DE LA SANTÉ</td> </tr> <tr> <td>MÉDECIN.....</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>INFIRMIÈRE.....</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME.....</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>AUXILIAIRE.....</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">AUTRE PERSONNEL</td> </tr> <tr> <td>AGENT DE SANTÉ.....</td> <td>E</td> </tr> <tr> <td>MATRONE AVEC BOÎTE.....</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>MATRONE SANS BOÎTE.....</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>GUÉRISSEUR/MÉDECIN-FEUILLES/OUGAN/MAMBO.....</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PRIVÉ NON MÉDICAL</td> </tr> <tr> <td>PARENT(E)S/AMI(E)S.....</td> <td>I</td> </tr> <tr> <td>AUTRE.....</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(PRÉCISER)</td> </tr> </tbody> </table>	PROF. DE LA SANTÉ		MÉDECIN.....	A	INFIRMIÈRE.....	B	INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME.....	C	AUXILIAIRE.....	D	AUTRE PERSONNEL		AGENT DE SANTÉ.....	E	MATRONE AVEC BOÎTE.....	F	MATRONE SANS BOÎTE.....	G	GUÉRISSEUR/MÉDECIN-FEUILLES/OUGAN/MAMBO.....	H	PRIVÉ NON MÉDICAL		PARENT(E)S/AMI(E)S.....	I	AUTRE.....	X	(PRÉCISER)	
PROF. DE LA SANTÉ																													
MÉDECIN.....	A																												
INFIRMIÈRE.....	B																												
INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME.....	C																												
AUXILIAIRE.....	D																												
AUTRE PERSONNEL																													
AGENT DE SANTÉ.....	E																												
MATRONE AVEC BOÎTE.....	F																												
MATRONE SANS BOÎTE.....	G																												
GUÉRISSEUR/MÉDECIN-FEUILLES/OUGAN/MAMBO.....	H																												
PRIVÉ NON MÉDICAL																													
PARENT(E)S/AMI(E)S.....	I																												
AUTRE.....	X																												
(PRÉCISER)																													

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
410	<p>Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette naissance ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>DOMICILE</p> <p>VOTRE DOMICILE A</p> <p>AUTRE DOMICILE B</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT C</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSAIRE D</p> <p>MATERNITÉ E</p> <p>SECTEUR PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE F</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSAIRE G</p> <p>MATERNITÉ H</p> <p>SECTEUR MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE I</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSAIRE J</p> <p>MATERNITÉ K</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>			
411	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez reçu vos premiers soins prénatals pour cette grossesse ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>			
		NE SAIT PAS 98			
412	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous reçu des soins prénatals ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>			
		NE SAIT PAS 98			
413	Est-ce qu'au cours des visites prénatales durant cette grossesse, les examens suivants ont été effectués au moins une fois :		OUI	NON	
	a) Vous a-t-on pris la tension ?	a) TENSION.....	1	2	
	b) Vous a-t-on prélevé de l'urine ?	b) URINE.....	1	2	
	c) Vous a-t-on prélevé du sang ?	c) SANG.....	1	2	
	d) Vous a-t-on pesé ?	d) POIDS.....	1	2	
	e) A-t-on ausculté le foetus?	e) AUS. FOESTUS..	1	2	
	f) A-t-on mesuré la hauteur utérine?	f) HAUT. UTERINE..	1	2	
414	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 ?	OUI	1		
		NON	2		
		(ALLEZ À 417) ←			
		NE SAIT PAS	8		
415	Durant cette grossesse, combien de fois vous a-t-on fait une injection contre le tétanos ?	NOMBRE DE FOIS	<input type="text"/>		
		NE SAIT PAS	8		
416	VÉRIFIEZ 415: INJECTIONS ANTITÉTANIQUES	2 FOIS OU PLUS <input type="checkbox"/>		AUTRE <input type="checkbox"/>	
		(ALLEZ À 420) ←		↓	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____	NOM _____	
417	À n'importe quel moment avant cette grossesse, vous a-t-on fait des injections contre le tétanos ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 420) ← NE SAIT PAS 8		
418	Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu des injections contre le tétanos ? SI 7 FOIS OU PLUS INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8		
419	VÉRIFIEZ 418: SEULEMENT <input type="checkbox"/> PLUS <input type="checkbox"/> UNE FOIS ↓ D'UNE FOIS ↓ a) Il y a combien d'années que vous avez reçu cette injection contre le tétanos ? b) Il y a combien d'années que vous avez reçu la dernière injection contre le tétanos avant	IL Y A ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>		
420	Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ? MONTREZ LES COMPRIMÉS/SIROP.	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 422) ← NE SAIT PAS 8		
421	Durant 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	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998		
422	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
426	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
427	(NOM) a-t-il /elle été pesé à la naissance ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 429) ← NE SAIT PAS 8		OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 429) ← NE SAIT PAS 8
428	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	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
429	<p>Qui vous a assisté durant l'accouchement de (NOM) ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>INSISTEZ POUR LE/LES TYPES DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE DÉCLARE QUE PERSONNE N'A ASSISTÉ L'ACCOUCHEMENT, INSISTEZ POUR DÉTERMINER SI DES ADULTES ÉTAIENT PRÉSENTS À</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN A</p> <p>INFIRMIÈRE B</p> <p>INFIRMIÈRE/SAGE-FEMMI... C</p> <p>AUXILIAIRE D</p> <p>AUTRE PERSONNEL</p> <p>AGENT DE SANTÉ E</p> <p>MATRONE AVEC BOÎT F</p> <p>MATRONE SANS BOÎTE G</p> <p>GUÉRISSEUR/MÉDECIN-FEUILLES/OUGAN/MAMBO H</p> <p>PRIVÉ NON MÉDICAL</p> <p>PARENT(E)S/AMI(E)S ... I</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>PERSONNE Y</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN A</p> <p>INFIRMIÈRE B</p> <p>INFIRMIÈRE/SAGE-FEMMI... C</p> <p>AUXILIAIRE D</p> <p>AUTRE PERSONNEL</p> <p>AGENT DE SANTÉ E</p> <p>MATRONE AVEC BOÎT F</p> <p>MATRONE SANS BOÎTE G</p> <p>GUÉRISSEUR/MÉDECIN-FEUILLES/OUGAN/MAMBO H</p> <p>PRIVÉ NON MÉDICAL</p> <p>PARENT(E)S/AMI(E)S ... I</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>PERSONNE Y</p>		
430	<p>Où avez-vous accouché de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>DOMICILE</p> <p>VOTRE DOMICILE 11</p> <p>(PASSEZ À 434) ←</p> <p>AUTRE DOMICILE 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT. 21</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSARE 22</p> <p>MATERNITÉ 23</p> <p>SECTEUR PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE 31</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSARE 32</p> <p>MATERNITÉ 33</p> <p>SECTEUR MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE 41</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSARE 42</p> <p>MATERNITÉ 43</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>(PASSEZ À 434) ←</p>	<p>DOMICILE</p> <p>VOTRE DOMICILE 11</p> <p>(PASSEZ À 434) ←</p> <p>AUTRE DOMICILE 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT. 21</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSARE 22</p> <p>MATERNITÉ 23</p> <p>SECTEUR PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE 31</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSARE 32</p> <p>MATERNITÉ 33</p> <p>SECTEUR MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE 41</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSARE 42</p> <p>MATERNITÉ 43</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>(PASSEZ À 434) ←</p>		
431	<p>Combien de temps après l'accouchement de (NOM) êtes-vous restée là ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES;</p> <p>SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1</p> <p>JOURS 2</p> <p>SEMAINES 3</p> <p>NE SAIT PAS 998</p>			
432	<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>(ALLEZ À 434) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 434) ←</p>		
433	<p>Quand la décision de pratiquer une césarienne a-t-elle été prise ? Était-ce avant ou après le début des douleurs ?</p>	<p>AVANT 1</p> <p>APRÈS 2</p>	<p>AVANT 1</p> <p>APRÈS 2</p>		
434	<p>Est-ce que (NOM) a été posé immédiatement après la naissance sur votre poitrine ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 434B) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 459) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>		

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
434A	Est-ce que la peau de (NOM) été au contact de votre peau ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
434B	VÉRIFIEZ 430: LIEU D'ACCOUCHEMENT	CODE 11, 12, OR 96 <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 449) ←	
435	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 vérifié votre état de santé pendant que vous étiez dans l'établissement ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 438) ←	
436	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ? SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.	HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	
437 (2)	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 12 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 13 AUXILIAIRE 14 AUTRE PERSONNEL AGENT DE SANTÉ 21 MATRONE AVEC BOÎTE 22 MATRONE SANS BOÎTE 23 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
438	Je voudrais maintenant vous parler d'exams de la santé de (NOM) après la naissance – par exemple, quelqu'un qui a examiné (NOM), qui a vérifié le cordon ombilical ou qui s'est assuré que (NOM) allait bien. Est-ce que quelqu'un a vérifié l'état de santé de (NOM) pendant que vous étiez encore dans l'établissement ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 441) ← NE SAIT PAS 8	
439	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen de (NOM) ? SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.	HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
440	<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..... 12</p> <p>INFIRMIÈRE/SAGE-FEMMI... 13</p> <p>AUXILIAIRE..... 14</p> <p>AUTRE PERSONNEL</p> <p>AGENT DE SANTÉ..... 21</p> <p>MATRONE AVEC BOÎT..... 22</p> <p>MATRONE SANS BOÎTE..... 23</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)</p>	
441	<p>Je voudrais maintenant parler de ce qui s'est passé après que vous ayez quitté l'établissement. Est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé après que vous ayez quitté l'établissement ?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>(ALLEZ À 445) ←</p>	
442	<p>Combien de temps après l'accouchement a eu lieu cet examen ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES..... 1</p> <p>JOURS..... 2</p> <p>SEMAINES..... 3</p> <p>NE SAIT PAS..... 998</p>	
443	<p>Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN..... 11</p> <p>INFIRMIÈRE..... 12</p> <p>INFIRMIÈRE/SAGE-FEMMI... 13</p> <p>AUXILIAIRE..... 14</p> <p>AUTRE PERSONNEL</p> <p>AGENT DE SANTÉ..... 21</p> <p>MATRONE AVEC BOÎT..... 22</p> <p>MATRONE SANS BOÎTE..... 23</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
444	<p>Où a eu lieu l'examen ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>DOMICILE</p> <p>VOTRE DOMICILE 11</p> <p>AUTRE DOMICILE 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT. 21</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSARE 22</p> <p>MATERNITÉ 23</p> <p>SECTEUR PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE 31</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSARE 32</p> <p>MATERNITÉ 33</p> <p>SECTEUR MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE 41</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSARE 42</p> <p>MATERNITÉ 43</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
445	<p>Je voudrais parler des examens de l'état de santé de (NOM) après votre départ de (ÉTABLISSEMENT À 430). Est-ce-qu'un prestataire de santé ou une accoucheuse traditionnelle a vérifié l'état de santé de (NOM) dans les deux mois après votre départ de (ÉTABLISSEMENT À 430) ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 457) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
446	<p>Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), cet examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1</p> <p>JOURS 2</p> <p>SEMAINES 3</p> <p>NE SAIT PAS 998</p>	
447	<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 12</p> <p>INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 13</p> <p>AUXILIAIRE 14</p> <p>AUTRE PERSONNEL</p> <p>AGENT DE SANTÉ 21</p> <p>MATRONE AVEC BOÎTE 22</p> <p>MATRONE SANS BOÎTE 23</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
448	<p>Où a eu lieu l'examen de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>DOMICILE</p> <p>VOTRE DOMICILE 11</p> <p>AUTRE DOMICILE 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT. 21</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSARE 22</p> <p>MATERNITÉ 23</p> <p>..</p> <p>SECTEUR PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE 31</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSARE 32</p> <p>MATERNITÉ 33</p> <p>SECTEUR MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE 41</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSARE 42</p> <p>MATERNITÉ 43</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>(ALLEZ À 457) ←</p>	
449	<p>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 vérifié votre état de santé après la naissance de (NOM) ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 453) ←</p>	
450	<p>Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1</p> <p>JOURS 2</p> <p>SEMAINES 3</p> <p>NE SAIT PAS 998</p>	
451	<p>Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN 11</p> <p>INFIRMIÈRE 12</p> <p>INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 13</p> <p>AUXILIAIRE 14</p> <p>AUTRE PERSONNEL</p> <p>AGENT DE SANTÉ 21</p> <p>MATRONE AVEC BOÎTE 22</p> <p>MATRONE SANS BOÎTE 23</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE												
		NOM _____	NOM _____												
452	<p>Où a eu lieu ce premier examen ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>DOMICILE</p> <p>VOTRE DOMICILE 11</p> <p>AUTRE DOMICILE 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT. 21</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSARE 22</p> <p>MATERNITÉ 23</p> <p>SECTEUR PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE 31</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSARE 32</p> <p>MATERNITÉ 33</p> <p>SECTEUR MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE 41</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSARE 42</p> <p>MATERNITÉ 43</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>													
453	<p>Je voudrais vous parler des examens qui ont été faits pour vérifier l'état de santé de (NOM) après l'accouchement – par exemple, est-ce que quelqu'un a examiné (NOM), vérifié le cordon ou s'est assuré que (NOM) allait bien. Dans les deux mois après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de santé ou une accoucheuse traditionnelle a vérifié l'état de santé de (NOM) ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 457) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>													
454	<p>Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), ce premier examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES APRÈS</p> <p>NAISSANCE .. 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>JOURS APRÈS</p> <p>NAISSANCE .. 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>SEMAINES APRÈS</p> <p>NAISSANCE .. 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS 998</p>													
455	<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 12</p> <p>INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME .. 13</p> <p>AUXILIAIRE 14</p> <p>AUTRE PERSONNEL</p> <p>AGENT DE SANTÉ 21</p> <p>MATRONE AVEC BOÎT 22</p> <p>MATRONE SANS BOÎTE 23</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>													

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
456	<p>Où a eu lieu le premier examen de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>DOMICILE</p> <p>VOTRE DOMICILE 11</p> <p>AUTRE DOMICILE 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT. 21</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSARE 22</p> <p>MATERNITÉ 23</p> <p>SECTEUR PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE 31</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSARE 32</p> <p>MATERNITÉ 33</p> <p>SECTEUR MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE 41</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSARE 42</p> <p>MATERNITÉ 43</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>			
457	<p>Au cours des deux jours suivant la naissance de (NOM), est-ce qu'un prestataire de santé a fait l'une des choses suivantes ?</p> <p>a) Examiné le cordon ?</p> <p>b) Vérifié la température de (NOM) ?</p> <p>c) Vous a conseillé sur les signes de danger chez les nouveau-nés ?</p> <p>d) Vous a conseillé sur l'allaitement ?</p> <p>e) Observé (NOM) en train d'être allaité ?</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>a) CORDON..... 1 2 8</p> <p>b) TEMP 1 2 8</p> <p>c) SIGNES 1 2 8</p> <p>d) CONSEIL ALLAIT- TEMENT .. 1 2 8</p> <p>e) OBSERVÉ ALLAIT- TEMENT .. 1 2 8</p>			
457A	<p>Au cours des trente jours suivant la naissance de (NOM), est-ce qu'un prestataire de santé vous a donné une capsule de vitamin A ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS..... 8</p>			
458	<p>Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>(ALLEZ À 460) ←</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 461) ←</p>			
459	<p>Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ?</p>			<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 463) ←</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
460	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
461	VÉRIFIEZ 226: L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ENCEINTE ?	PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ↓ ENCEINTE OU PAS SÛRE (ALLEZ À 463) <input type="checkbox"/>	
462	Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 464) ←	
463	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
464	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI 1 (ALLEZ À 466) ← NON 2	OUI 1 NON 2
465	VÉRIFIEZ 404: L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 470) ← (ALLEZ À 471) ←	
466	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ? SI MOINS D'1 HEURE, INSCRIVEZ '00' HEURE; SI MOINS DE 24 HEURES, INSCRIVEZ EN HEURES; SINON, EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	
467	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	
468	VÉRIFIEZ 404: L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 471) ←	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 471) ←
469	Allaitiez-vous encore (NOM) ?	OUI 1 NON 2	
470	(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
471		RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 501A.	RETOURNEZ À 405 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 501A.

SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
501A	VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES : UNE NAISSANCE EN 2013-2016? UNE NAISSANCE OU PLUS EN <input type="checkbox"/> 2013-2016 ↓	AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> EN 2013-2016	→ 601
502A	INSCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DU DERNIER ENFANT NÉ EN 2013-2016. NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE: _____	NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
503A	VÉRIFIEZ 216 POUR ENFANT: VIVANT <input type="checkbox"/> ↓	DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	→ 501B
504A	Avez-vous un carnet ou un autre document où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, A SEULEMENT UN CARNET 1 OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT .. 2 OUI, A UN CARNET ET UN AUTRE DOCUMENT' .. 3 NON, PAS DE CARNET ET PAS D'AUTRE DOCUMENT 4	→ 507A → 507A
505A	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ?	OUI 1 NON 2	
506A	VÉRIFIEZ 504A: CODE '2' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE '4' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	→ 511A
507A	Puis-je voir le carnet ou un autre document sur lequel les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, SEULEMENT CARNET VU 1 OUI, SEULEMENT AUTRE DOCUMENT VU 2 OUI, CARNET ET AUTRE DOCUMENT VUS 3 NI CARNET NI AUTRE DOCUMENT VUS 4	→ 511A

SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																																																																																																
	NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE: _____	NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																																	
508A	<p>COPIEZ LES DATES DU CARNET DE VACCINATION. INSCRIVEZ '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET MONTRE QU'UNE DOSE A ÉTÉ DONNÉE MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE.</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:40%;"></th> <th style="width:10%;">JOUR</th> <th style="width:10%;">MOIS</th> <th style="width:10%;">ANNÉE</th> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>POLIO 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>POLIO 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>POLIO 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>DTPER 1/PENTAVALENT 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>DTPER 1/PENTAVALENT 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>DTPER 1/PENTAVALENT 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>ROUGEOLE</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>ROUGEOLE/RUBÉOLE (RR)</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>ROTA 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>ROTA 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>		JOUR	MOIS	ANNÉE					BCG	<input type="text"/>	POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)	<input type="text"/>	POLIO 1	<input type="text"/>	POLIO 2	<input type="text"/>	POLIO 3	<input type="text"/>	DTPER 1/PENTAVALENT 1	<input type="text"/>	DTPER 1/PENTAVALENT 2	<input type="text"/>	DTPER 1/PENTAVALENT 3	<input type="text"/>	ROUGEOLE	<input type="text"/>	ROUGEOLE/RUBÉOLE (RR)	<input type="text"/>	ROTA 1	<input type="text"/>	ROTA 2	<input type="text"/>	VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)	<input type="text"/>																																																																																
	JOUR	MOIS	ANNÉE																																																																																																																
BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																												
POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																												
POLIO 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																												
POLIO 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																												
POLIO 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																												
DTPER 1/PENTAVALENT 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																												
DTPER 1/PENTAVALENT 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																												
DTPER 1/PENTAVALENT 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																												
ROUGEOLE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																												
ROUGEOLE/RUBÉOLE (RR)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																												
ROTA 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																												
ROTA 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																												
VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																												
509A	<p>VÉRIFIEZ 508A: 'BCG' À 'ROTA2' TOUT ENREGISTRÉ ?</p> <p align="center">NON <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/></p> <p align="center">OUI <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> → 525A</p>																																																																																																																		
510A	<p>En plus de ce qui est inscrit (sur ce/ces documents), (NOM) a-t-il/elle eu d'autres vaccins, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne de vaccination, de journées de vaccination ou de journées sur la santé de l'enfant ?</p> <p>INSCRIVEZ 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE AU MOINS UNE DES VACCINATIONS À 508A QUI N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE COMME AYANT ÉTÉ DONNÉE.</p>	<p>OUI 1</p> <p>(INSISTEZ POUR LES VACCINATIONS ET INSCRIVEZ '66' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE À 508A. NOTEZ '00' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE POUR TOUTES LES VACCINATIONS NON DONNÉES)</p> <p>(PUIS ALLEZ À 525A)</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> <p>(NOTEZ '00' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE POUR TOUTES LES VACCINATIONS NON DONNÉES)</p> <p>(PUIS ALLEZ À 525A)</p>																																																																																																																	

SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE: _____	NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
511A	(NOM) a t-il/elle eu des vaccins pour éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne de vaccination ou de journées de la vaccination ou de journées de la santé de l'enfant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 525A
512A	Est-ce que (NOM) a reçu 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	
514A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin oral contre la polio, c'est-à-dire deux gouttes dans la bouche pour éviter la polio ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 517A
515A	Est-ce que (NOM) a reçu le premier vaccin oral de la polio dans les deux premières semaines après sa naissance ou plus tard ?	DEUX PREMIÈRES SEMAINE: 1 PLUS TARD 2	
516A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin oral de la polio ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
517A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin DTPER ou pentavalent c'est-à-dire une injection dans la cuisse, parfois en même temps que les gouttes du vaccin de la	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 521A
518A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu la vaccin du DTPER ou pentavalent?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
521A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le rotavirus, c'est-à-dire un liquide dans la bouche pour éviter la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 523A
522A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le rotavirus ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
523A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la rougeole, c'est-à-dire une injection dans le bras pour lui éviter la rougeole ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
524A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin combiné contre la rougeole et rubéole, c'est-à-dire une injection dans le bras pour lui éviter la rougeole et rubéole?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
525A	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) :		
	a) Bebe Vanyan ?	OUI NON NSP a) BEBE VANYAN 1 2 8	
	b) Plumpy'nuts / Medika manba /Nouri manba ?	b) PLUMPY NUTS 1 2 8	
	c) Plumpy'doz / Plumpi Sòp ?	c) PLUMPY DOZ 1 2 8	
526A	CONTINUEZ AVEC 501B.		

SECTION 5B. VACCINATION DES ENFANTS (AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
501B	VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES: D'AUTRES NAISSANCES EN 2013-2016? D'AUTRES NAISSANCES EN 2013-2016 <input type="checkbox"/>	PLUS DE NAISSANCE EN 2013-2016 <input type="checkbox"/>	→ 601
502B	INSCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DE L'AVANT-DERNIER ENFANT NÉ EN 2013-2016. NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/>	
503B	VÉRIFIEZ 216 POUR ENFANT ENFANT: VIVANT <input type="checkbox"/>	DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	→ 526B
504B	Avez-vous un carnet ou un autre document où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, A SEULEMENT UN CARNET 1 OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT ... 2 OUI, A UN CARNET ET UN AUTRE DOCUMENT' .. 3 NON, PAS DE CARNET ET PAS D'AUTRE DOCUMENT 4	→ 507B → 507B
505B	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ?	OUI 1 NON 2	
506B	VÉRIFIEZ 504B: CODE '2' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE '4' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	→ 511B
507B	Puis-je voir le carnet ou un autre document sur lequel les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, SEULEMENT CARNET VU 1 OUI, SEULEMENT AUTRE DOCUMENT VU 2 OUI, CARNET ET AUTRE DOCUMENT VUS 3 NI CARNET NI AUTRE DOCUMENT VUS 4	→ 511B

SECTION 5B. VACCINATION DES ENFANTS (AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																																																																																		
	NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>																																																																																																			
508B	<p>COPIEZ LES DATES DU CARNET DE VACCINATION. INSCRIVEZ '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET MONTRE QU'UNE DOSE A ÉTÉ DONNÉE MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE.</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:40%;"></th> <th style="width:10%;">JOUR</th> <th style="width:10%;">MOIS</th> <th style="width:10%;">ANNÉE</th> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>POLIO 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>POLIO 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>POLIO 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>DTPER 1/PENTAVALENT 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>DTPER 1/PENTAVALENT 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>DTPER 1/PENTAVALENT 3</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>ROUGEOLE</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>ROUGEOLE/RUBÉOLE (RR)</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>ROTA 1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>ROTA 2</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>		JOUR	MOIS	ANNÉE				BCG	<input type="text"/>	POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)	<input type="text"/>	POLIO 1	<input type="text"/>	POLIO 2	<input type="text"/>	POLIO 3	<input type="text"/>	DTPER 1/PENTAVALENT 1	<input type="text"/>	DTPER 1/PENTAVALENT 2	<input type="text"/>	DTPER 1/PENTAVALENT 3	<input type="text"/>	ROUGEOLE	<input type="text"/>	ROUGEOLE/RUBÉOLE (RR)	<input type="text"/>	ROTA 1	<input type="text"/>	ROTA 2	<input type="text"/>	VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)	<input type="text"/>																																																																			
	JOUR	MOIS	ANNÉE																																																																																																		
BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																															
POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																															
POLIO 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																															
POLIO 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																															
POLIO 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																															
DTPER 1/PENTAVALENT 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																															
DTPER 1/PENTAVALENT 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																															
DTPER 1/PENTAVALENT 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																															
ROUGEOLE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																															
ROUGEOLE/RUBÉOLE (RR)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																															
ROTA 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																															
ROTA 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																															
VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																															
509B	<p>VÉRIFIEZ 508B: 'BCG' À 'ROTA2' TOUT ENREGISTRÉ ?</p> <p align="center">NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>		→ 525B																																																																																																		
510B	<p>En plus de ce qui est inscrit sur ce/ces documents, (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, de journées de vaccination ou de journées sur la santé de l'enfant ?</p> <p>INSCRIVEZ 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE AU MOINS UNE DES VACCINATIONS À 508B QUI N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE COMME AYANT ÉTÉ DONNÉE.</p>	<p>OUI 1</p> <p>(INSISTEZ POUR LES VACCINATIONS ET INSCRIVEZ '66' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE À 508B. NOTEZ '00' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE POUR TOUTES LES VACCINATIONS NON DONNÉES)</p> <p align="right">(PUIS ALLEZ À 525B)</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> <p>(NOTEZ '00' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE POUR TOUTES LES VACCINATIONS NON DONNÉES)</p> <p align="right">(PUIS ALLEZ À 525B)</p>																																																																																																			

SECTION 5B. VACCINATION DES ENFANTS (AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
511B	(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 ou de journées de vaccination ou de journées de la santé de l'enfant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 525B
512B	Est-ce que (NOM) a reçu 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	
514B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin oral contre la polio, c'est-à-dire deux gouttes dans la bouche pour éviter la polio ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 517B
515B	Est-ce que (NOM) a reçu le premier vaccin oral contre la polio dans les deux premières semaines après sa naissance ou plus tard ?	DEUX PREMIÈRES SEMAINE: 1 PLUS TARD 2	
516B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin oral contre la polio ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
517B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin DTPER ou pentavalent c'est-à-dire une injection dans la cuisse, parfois en même temps que les gouttes du vaccin	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 521B
518B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin DTPER ou pentavalent ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
521B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le rotavirus, c'est-à-dire un liquide dans la bouche pour éviter la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 523B
522B	Combien de fois (NOM) a-t-il reçu le vaccin contre le rotavirus ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
523B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la rougeole, c'est-à-dire une injection dans le bras pour lui éviter la rougeole ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
524B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin combiné contre la rougeole et rubéole, c'est-à-dire une injection dans le bras pour lui éviter la rougeole et rubéole?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
525B	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM)	OUI NON NSP	
	a) Bebe Vanyan ?	a) BEBE VANYAN 1 2 8	
	b) Plumpy'nuts / Medika manba /Nouri manba ?	b) PLUMPY NUTS 1 2 8	
	c) Plumpy'doz / Plumpi Sòp ?	c) PLUMPY DOZ 1 2 8	
526B	VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES: D'AUTRES NAISSANCES EN 2013-2016? AUTRES NAISSANCES EN 2013-2016 <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 502B DANS UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE)	PAS D'AUTRES NAISSANCES EN 2013-2016 <input type="checkbox"/>	→ 601

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

601	VÉRIFIEZ 224:	UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2011-2016 <input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE EN 2011-2016 <input type="checkbox"/> → 648
602	VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES À 603 ET LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE À 604 POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2011-2016. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. S'IL Y A PLUS DE NAISSANCES, UTILISEZ LA DERNIÈRE COLONNE D'UN/DES QUESTIONNAIRES ADDITIONNEL(S). Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).		
603	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	DERNIÈRES NAISSANCE NUMÉRO L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>
604	DE 212 ET 216:	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ←	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ←
605	Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) une dose de vitamine A comme [celle-ci/l'une de celles-ci] ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS AMPOULES/GÉLULES/SIROP.	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
606	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) des comprimés de fer, des granules ou du sirop contenant du fer comme [celui-ci/l'un de ceux-ci] ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS DE COMPRIMÉS, GRANULES OU	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
607	Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
608	(NOM) a-t-il eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 618) ←	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 618) ←

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM		NOM	
609	<p>VÉRIFIEZ 469: ALLAITÉ ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON/ PAS POSÉ <input type="checkbox"/></p> <p>a) Je voudrais maintenant savoir quelle quantité de liquides a été donnée à (NOM) pendant la diarrhée, y compris le lait maternel. Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?</p> <p>b) Je voudrais maintenant savoir quelle quantité de liquides a été donnée à (NOM) pendant la diarrhée. 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 QUANTIT... 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 QUANTIT... 3</p> <p>PLUS 4</p> <p>RIEN À BOIRE 5</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>		
610	<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 QUANTIT... 3</p> <p>PLUS 4</p> <p>A STOPPÉ LA 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 QUANTIT... 3</p> <p>PLUS 4</p> <p>A STOPPÉ LA NOUI..... 5</p> <p>N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6</p> <p>NE SAIT PAS. 8</p>		
611	<p>Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 615) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 615) ←</p>		

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE		
		NOM _____			NOM _____		
612	<p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MÉDICAL PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT A</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP..... B</p> <p>MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQ. C</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP..... D</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ..... E</p> <p>INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE F</p> <p>PHARMACIE G</p> <p>MÉDICAL MIXTE</p> <p>HÔP./CLINIQ. MIXTI..... H</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP..... I</p> <p>MÉDICAL NON INSTIT.</p> <p>CLINIQUE MOBILE J</p> <p>AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR K</p> <p>SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÎT. L</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ</p> <p>SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÎT M</p> <p>GUÉRISSEUR/MÉD. FEUILLES/ OUGAN/MAMBO..... N</p> <p>AUTRE NON MÉDICALE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHÉ O</p> <p>MARCHAND AMBUL. P</p> <p>PARENT(E)S/ AMI(E)S Q</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	<p>MÉDICAL PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT A</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP..... B</p> <p>MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQ. C</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP..... D</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ..... E</p> <p>INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE F</p> <p>PHARMACIE G</p> <p>MÉDICAL MIXTE</p> <p>HÔP./CLINIQ. MIXTI..... H</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP..... I</p> <p>MÉDICAL NON INSTIT.</p> <p>CLINIQUE MOBILE J</p> <p>AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR K</p> <p>SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÎT. L</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ</p> <p>SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÎT M</p> <p>GUÉRISSEUR/MÉD. FEUILLES/ OUGAN/MAMBO..... N</p> <p>AUTRE NON MÉDICALE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHÉ O</p> <p>MARCHAND AMBUL. P</p> <p>PARENT(E)S/ AMI(E)S Q</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>				
613	VÉRIFIEZ 612:	<p>DEUX CODES SEULEMENT OU UN PLUS CODE ENCERCLÉ EN CERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 615) ←</p>	<p>DEUX CODES SEULEMENT OU UN PLUS CODE ENCERCLÉS EN CERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 615) ←</p>				
614	<p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES LETTRES DE</p>	PREMIER ENDROIT..... <input type="checkbox"/>	PREMIER ENDROIT..... <input type="checkbox"/>				
615	<p>Avez-vous donné à (NOM) les choses suivantes à n'importe quel moment dès qu'il/elle a commencé à avoir la</p> <p>a) Un liquide préparé à partir d'un sachet de sérum oral ou de sel</p> <p>b) Un sérum oral en bouteille vendu en boutique ou en pharmacie? ?</p> <p>c) Un liquide maison préparé avec de l'eau, du sel et du sucre?</p> <p>d) Du zinc, en comprimés ou en sirop ?</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>a) SACHET SRO 1 2 8</p> <p>b) LIQUIDE SRC.. 1 2 8</p> <p>c) LIQUIDE MAISOI 1 2 8</p> <p>d) ZINC 1 2 8</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>a) SACHET SRO 1 2 8</p> <p>b) LIQUIDE SRC.. 1 2 8</p> <p>c) LIQUIDE MAISOI 1 2 8</p> <p>d) ZINC 1 2 8</p>				

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
616	<p>VÉRIFIEZ 615:</p> <p>UN 'OUI' <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>a) A-t-on donné quelque chose d'autre pour traiter la diarrhée ?</p> <p>TOUT 'NON' <input type="checkbox"/> OU 'NSP' ↓</p> <p>b) Qu'a-t-on donné pour traiter la diarrhée ?</p>	<p>NOM _____</p> <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 618) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>NOM _____</p> <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 618) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
617	<p>VÉRIFIEZ 615:</p> <p>UN 'OUI' <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>a) Qu'a-t-on donné d'autre pour traiter la diarrhée ?</p> <p>Rien d'autre ?</p> <p>b) Qu'a-t-on donné pour traiter la diarrhée ?</p> <p>Rien d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUS LES</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) INTRAVEINEUS I</p> <p>REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES J</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(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) INTRAVEINEUS I</p> <p>REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES J</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>
618	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>(ALLEZ À 620) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 620) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
619	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 ?	<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>
620	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la toux à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	<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>
621	Est-ce que (NOM) a eu un souffle court et rapide ou avait-il/elle des difficultés pour respirer à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 623) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 623) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
622	Est-ce que ce souffle rapide ou ces difficultés pour respirer étaient dus à un problème de bronche ou à un nez bouché ou qui coulait ?	<p>BRANCHE SEULEMEN 1</p> <p>NEZ SEULEMEN 2</p> <p>LES DEUX 3</p> <p>AUTRE _____ 6</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> <p>(ALLEZ À 624) ←</p>	<p>BRANCHE SEULEMEN 1</p> <p>NEZ SEULEMEN 2</p> <p>LES DEUX 3</p> <p>AUTRE _____ 6</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> <p>(ALLEZ À 624) ←</p>
623	VÉRIFIEZ 618: A EU DE LA FIÈVRE ?	<p>OUI <input type="checkbox"/> NON OU NSP <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 646) ←</p>	<p>OUI <input type="checkbox"/> NON OU NSP <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 646) ←</p>
624	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 629) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À TO 629) ←</p>

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
625	<p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTA A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP B</p> <p>MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIC C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP D MÉDECIN PRIVÉ E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE F PHARMACIE G</p> <p>MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTI H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP I</p> <p>MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÎT. L</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÎT M GUÉRISSEUR/MÉD. FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N</p> <p>AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)/ AMI(E)S Q</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	<p>MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTA A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP B</p> <p>MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIC C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP D MÉDECIN PRIVÉ E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE F PHARMACIE G</p> <p>MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTI H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP I</p> <p>MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÎT. L</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÎT M GUÉRISSEUR/MÉD. FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N</p> <p>AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)/ AMI(E)S Q</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>
626	VÉRIFIEZ 625:	<p>DEUX SEULEMENT CODES UN OU PLUS CODE ENCERCLÉS ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 628) ←</p>	<p>DEUX SEULEMENT CODES UN OU PLUS CODE ENCERCLÉS ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 628) ←</p>
627	Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ? UTILISEZ LES CODES LETTRES DE	PREMIER ENDROIT <input type="checkbox"/>	PREMIER ENDROIT <input type="checkbox"/>
628	Combien de jours après le début de la maladie, avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour (NOM) ? SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/>
629	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 646) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 646) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
630	Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ? Aucun autre médicament ? INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ANTIPALUDÉENS CHLOROQUINE A PRIMAQUINE B AUTRE ANTI-PALUDÉEN .. _____ C (PRÉCISEZ)	ANTIPALUDÉENS CHLOROQUINE A PRIMAQUINE B AUTRE ANTI-PALUDÉEN .. _____ C (PRÉCISEZ)	ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP D INJECTION E	ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP D INJECTION E
		AUTRE MÉDICAMENT ASPIRINE F ACETA-MINOPHEN G IBUPROFEN H AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	AUTRE MÉDICAMENT ASPIRINE F ACETA-MINOPHEN G IBUPROFEN H AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z		
631	VÉRIFIEZ 630: Y A-T-IL UN CODE A-C ENCERCLÉ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 646) ←	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 646) ←	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 646) ←	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 646) ←
632	VÉRIFIEZ 630: CHLOROQUINE ('A') DONNÉE	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 634) ←	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 634) ←	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 634) ←	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 634) ←
633	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la chloroquine?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
634	VÉRIFIEZ 630: PRIMAQUINE ('B') DONNÉE	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 636) ←	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 636) ←	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 636) ←	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 636) ←
635	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la primaquine?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
636	VÉRIFIEZ 630: AUTRE ANTI PALUDÉEN ('C') DONNÉE	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 646) ←	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 646) ←	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 646) ←	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 646) ←

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
637	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre (AUTRE ANTIPALUDÉEN)?	MÊME JOUR	0	MÊME JOUR	0
		JOUR SUIVANT	1	JOUR SUIVANT	1
		DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE	2	DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE	2
		TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE	3	TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE	3
		NE SAIT PAS	8	NE SAIT PAS	8
646		RETOURNEZ À 604 À LA COLONNE SUIVANTE; OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 647.		RETOURNEZ À 604 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 647.	

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
647	VÉRIFIEZ 615(a) ET 615(b), TOUTES LES AUCUN ENFANT N'A REÇU DE LIQUIDE DE SACHET SRO OU DE LIQUIDE SRO <input type="checkbox"/>	UN ENFANT A REÇU DU LIQUIDE DE SACHET SRO OU DE LIQUIDE SRO <input type="checkbox"/>	→ 649
648	Avez-vous entendu parler d'un produit spécial [NOM LOCAL POUR LES SACHETS SRO OU LES LIQUIDES SRO PRÉCONDITIONNÉS] que vous pouvez obtenir pour le traitement de la diarrhée ?	OUI 1 NON 2	
649	VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES: NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2014-2016 VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE UN OU PLUS <input type="checkbox"/> <u>(NOM DU PLUS JEUNE ENFANT VIVANT AVEC ELLE)</u> ↓	AUCUN <input type="checkbox"/>	→ 701
650	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les liquides et aliments que (NOM DE 649) 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.	OUI NON NSP	
	a) De l'eau ?	a) 1 2 8	
	b) Des jus ou des boissons à base de jus ?	b) 1 2 8	
	c) Du bouillon ?	c) 1 2 8	
	d) Du lait tel que du lait en boîte, en poudre ou du lait frais d'animal ? SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu du SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	d) 1 2 8 NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT <input type="checkbox"/>	
	e) Du lait en poudre pour bébé ? SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu du lait en poudre pour bébé ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	e) 1 2 8 NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BUT DU LAIT EN POUDRE <input type="checkbox"/>	
	f) D'autres liquides ?	f) 1 2 8	
	g) Du yaourt ? SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle mangé du yaourt ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	g) 1 2 8 NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A MANGÉ DU YAOURT <input type="checkbox"/>	
	h) Une préparation commerciale d'aliments pour bébé comme Gerber ou Cerelac ?	h) 1 2 8	
	i) Du pain, du riz, petit mil, maïs, blé, pâtes, biscuit, bouillie d'avoine ou autres préparations à base de céréales ?	i) 1 2 8	
	j) Des carottes, courges ou pommes de terre douces qui sont jaunes ou oranges 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	

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	m) Des mangues, papayes mûres, abricots, grenade, melon ou tomates?	m) 1 2 8	
	n) D'autres fruits ou légumes tels que figue banane, haricot verts, avocats?	n) 1 2 8	
	o) Des abats come le foie, rognons, ou le coeur ?	o) 1 2 8	
	p) De la viande, de boeuf, de porc, de mouton, de chèvre, du poulet ou du canard, dinde, pintade, ou	p) 1 2 8	
	q) Des oeufs ?	q) 1 2 8	
	r) Du poisson frais ou séché ou des fruits de mer ?	r) 1 2 8	
	s) N'importe quelle préparation à base de haricots, pois, lentilles ou noix ?	s) 1 2 8	
	t) Du fromage ou d'autres produits laitiers ?	t) 1 2 8	
	u) N'importe quelle préparation à base d'aliments solides, semi solides, ou mous ?	u) 1 2 8	
651	VÉRIFIEZ 650 (CATÉGORIES 'g' À 'u'): PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/> AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/>		→ 653
652	Est-ce que hier durant le jour ou la nuit (NOM DE 649) a mangé des aliments solides, semi solides ou mous ? SI 'OUI' INSISTEZ : Quel type d'aliments solide, semi solide ou mou (NOM) a-t-il/elle mangé ?	OUI 1 (RETOURNEZ À 650 POUR INSCRIRE LES ALIMENTS (PUIS CONTINUEZ AVEC 653) NON 2	→ 654
653	Combien de fois (NOM DE 649) a-t-il/elle mangé des aliments solides, semi solides ou mous hier durant le jour ou la nuit ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	
654	La dernière fois que (NOM DE 649) est allé aux toilettes, qu'avez-vous fait des excréments ?	ENFANT A UTILISÉ TOILETTES OU LATRIN. 01 A JETÉ/RINSÉ DANS TOILETTES OU LATRINES 02 A JETÉ/RINSÉ DANS ÉGOUT OU CANIVEAU 03 A JETÉ AUX ORDURES 04 A ENTERRÉ 05 A LAISSÉ À L'AIR LIBRE 06 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
701	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariée ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉ 1 OUI, ACTUELLEMENT PLACÉ 2 OUI, ACTUELLEMENT VIVANT 3 OUI, VIT AVEC UN HOMME 4 NON, PAS EN UNION 5	→ 704
702	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme comme si vous étiez mariée ?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME 2 NON 3	→ 712
703	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ?	VEUVE 1 DIVORCÉE 2 SÉPARÉE 3	→ 709
704	Est-ce que votre (mari/partenaire) vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs ?	VIT AVEC ELLE 1 VIT AILLEURS 2	
705	ENREGISTREZ LE NOM ET No DE LIGNE DU MARI/PARTENAIRE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, INSCRIVEZ '00'.	NOM _____ No LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	
706	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	→ 709
707	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	
708	Êtes-vous la première, deuxième, ... épouse ?	RANG <input type="text"/> <input type="text"/>	
709	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	
710	VÉRIFIEZ 709: MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME SEULEMENT <input type="checkbox"/> UNE FOIS ↓ a) En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (mari/partenaire) ? MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS <input type="checkbox"/> D'UNE FOIS ↓ b) Je voudrais maintenant vous parler de votre premier (mari/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	→ 712
711	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui pour la première fois ?	ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
712	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
713	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains aspects importants de la vie. Je voudrais vous assurer de nouveau que 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. 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"/>	→ 732
714	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la dernière fois ? SI MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS. SI 12 MOIS (UNE ANNÉE) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	IL Y A DES JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A DES SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A DES MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A DES ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 716 → 727

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL																																																
715	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Quand avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne pour la dernière		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 SEMAINE 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 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 SEMAINE 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>																																				
716	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne, un condom a-t-il été utilisé ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 718) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 718) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 718) ←																																																
717	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																																																
718	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, ENCERCLEZ '2' SI NON, ENCERCLEZ '3'	MARI/PLACÉ/VIVAVEK 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)	MARI/PLACÉ/VIVAVEK 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)	MARI/PLACÉ/VIVAVEK 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)																																																
719	Il y a combien de temps que vous avez eu vos premiers rapports sexuels avec cette personne ?	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>																	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>																	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>																

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
720	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne ? DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE FOIS 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"/>
721	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
722	À part cette personne, avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 (RETOURNEZ À 715 À COL. SUIVANTE) NON 2 (ALLEZ À 724)	OUI 1 (RETOURNEZ À 715 À COL. SUIVANTE) NON 2 (ALLEZ À 724)	
723	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ? DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE FOIS EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.			NOMBRE DE PARTENAIRES DANS LES 12 DERNIERS MOIS .. <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
724	VÉRIFIEZ 106: ÂGE 15-24 <input type="checkbox"/> ↓ ÂGE 25-49 <input type="checkbox"/>		→ 727
725	VÉRIFIEZ 701: PAS <input type="checkbox"/> EN UNION ↓ ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>		→ 727
726	Au cours des 12 derniers mois avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un ou une relation sexuelle suivie avec quelqu'un parce qu'il vous a donné ou vous a dit qu'il vous donnerait des cadeaux, de l'argent, ou autre chose ?	OUI 1 NON 2	
727	En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ? DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE PARTENAIRE EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	NOMBRE DE PARTENAIRE DANS LA VIE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
728	VÉRIFIEZ 716, PARTENAIRE LE PLUS RÉCENT (PREMIÈRE COLONNE): OUI, <input type="checkbox"/> PRÉSERVATIF A ÉTÉ UTILISÉ ↓ NON, <input type="checkbox"/> PRÉSERVATIF N'A PAS ÉTÉ UTILISÉ QUESTION <input type="checkbox"/> NON POSÉ		→ 732 → 732
729	Vous avez dit que la dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, un préservatif avait été utilisé. Quelle était la marque du préservatif utilisée cette fois là ? SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR L'EMBALLAGE.	PANTÉ 01 CONDOM SANS NOM 02 AUTRE 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	
730	Où vous étiez-vous procuré le préservatif la dernière fois ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE 12 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE 22 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL 23 CABINET MÉDECIN PRIVÉ 24 PHARMACIE 25 SECTEUR MÉDICAL MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE 31 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE 32 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL 33 SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL CLINIQUE MOBILE 34 AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR 35 SAGE-FEMME/MATRONE AVEC BOÎTE 36 AUTRE SOURCE NON MÉDICALE BOUTIQUE/ MARCHÉ 41 BAR 42 DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE 43 ÉCOLE 44 PARENT(E)S/ AMI(E)S 45 AUTRE 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À												
732	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES DANS CETTE SECTION	<table> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td>ENFANTS <10</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>HOMMES ADULTES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>FEMMES ADULTES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		OUI	NON	ENFANTS <10	1	2	HOMMES ADULTES	1	2	FEMMES ADULTES	1	2	
	OUI	NON													
ENFANTS <10	1	2													
HOMMES ADULTES	1	2													
FEMMES ADULTES	1	2													
733	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des préservatifs ?	<table> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> </table>	OUI	1	NON	2	→ 735								
OUI	1														
NON	2														
734	<p>A quel endroit pouvez-vous vous procurer des préservatifs?</p> <p>Pas d'autre endroit ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE B</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE D</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILI/ E</p> <p>CABINET MÉDECIN PRIVÉ F</p> <p>PHARMACIE G</p> <p>SECTEUR MÉDICAL MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE H</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE I</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILI/ J</p> <p>SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL</p> <p>CLINIQUE MOBILE K</p> <p>AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUF L</p> <p>SAGE-FEMME/MATRONE AVEC BOÎTE M</p> <p>AUTRE SOURCE NON MÉDICALE</p> <p>BOUTIQUE/ MARCHÉ N</p> <p>BAR O</p> <p>DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE P</p> <p>ÉCOLE Q</p> <p>PARENT(E)S/ AMI(E)S R</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>													
735	Est-ce que vous pourriez vous procurer des préservatifs si vous le souhaitiez ?	<table> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NE SAIT PAS</td> <td>8</td> </tr> </table>	OUI	1	NON	2	NE SAIT PAS	8							
OUI	1														
NON	2														
NE SAIT PAS	8														

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
801	VÉRIFIEZ 304: NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>	IL OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>	→ 813
802	VÉRIFIEZ 226: ENCEINTE <input type="checkbox"/>	PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/>	→ 804
803	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 en avoir ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT..... 1 N'EN VEUT PAS D'AUTRE 2 INDÉCISE/NE SAIT PAS 8	→ 805 → 812
804	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 ENCEINT... 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS 8	→ 807 → 813 → 811
805	VÉRIFIEZ 226: PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> a) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance (d'un/un autre) enfant ? ENCEINTE <input type="checkbox"/> b) Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS 1 ANNÉES 2 BIENTÔT/MAINTENANT..... 993 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINT... 994 APRÈS LE MARIAGE..... 995 AUTRE 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 998	→ 811 → 813 → 811
806	VÉRIFIEZ 226: PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/>	ENCEINTE <input type="checkbox"/>	→ 812
807	VÉRIFIEZ 303: UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE? N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>	UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>	→ 813
808	VÉRIFIEZ 805: '24' MOIS OU PLUS OU '02' ANNÉES OU PLUS <input type="checkbox"/> PAS POSÉE <input type="checkbox"/>	'00-23' MOIS OU '00-01' ANNÉE <input type="checkbox"/>	→ 812
809	VÉRIFIEZ 714: IL Y A DES JOURS, SEMAINES OU MOIS <input type="checkbox"/>	IL Y A DES ANNÉES <input type="checkbox"/> PAS POSÉE <input type="checkbox"/>	→ 811 → 811

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
810	<p>VÉRIFIEZ 804:</p> <p>VEUT AVOIR UN/ <input type="checkbox"/> UN AUTRE ENFANT ↓</p> <p>PAS D'AUTRE/ <input type="checkbox"/> AUCUN ↓</p> <p>a) Vous avez dit que dans l'immédiat, vous ne souhaitez pas (un/un autre) enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>b) Vous avez dit que vous ne souhaitez pas (plus) d'enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</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 ENCEINT E</p> <p>PAS DE RÈGLES 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 AUCUN ENDROI N</p> <p>RAISONS LIÉES À LA MÉTHODE</p> <p>EFFETS SECONDAIRES/ PROBLÈMES DE SANTÉ O</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP ÉLOIGN P</p> <p>TROP CHER Q</p> <p>MÉTHODE PRÉFÉRÉE</p> <p>NON DISPONIBLE R</p> <p>AUCUNE MÉTHODE DISPONIBLE S</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER T</p> <p>INTERFÈRE AVEC LES FONCTIONS NORMALES DU CORPS U</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
811	<p>VÉRIFIEZ 303: UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?</p> <p>PAS <input type="checkbox"/> POSÉE ↓</p> <p>NON, N'UTILISE <input type="checkbox"/> PAS ACTUELLEMENT ↓</p> <p>OUI, <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT</p>		→ 813
812	<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>	
813	<p>VÉRIFIEZ 216:</p> <p>A DES ENFANTS <input type="checkbox"/> VIVANTS ↓</p> <p>AUCUN ENFANT <input type="checkbox"/> VIVANT ↓</p> <p>a) 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>b) Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien en voudriez-vous ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE</p>	<p>AUCUN 00</p> <p>NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	→ 815 → 815
814	<p>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 ?</p>	<p>GARÇONS FILLES PEU IMPORTE</p> <p>NOMBRE .. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À															
815	Au cours des derniers mois, avez-vous : a) Entendu parler de la planification familiale à la radio ? b) Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ? c) Lu quelque chose sur la planification familiale dans un journal ou magazine ? d) Reçu un message vocal ou un texte sur la planification familiale sur votre portable ?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">OUI</td> <td style="text-align: right;">NON</td> </tr> <tr> <td>a) RADIO</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>b) TÉLÉVISION</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>c) JOURNAL OU MAGAZINE</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>d) TÉLÉPHONE PORTABLE</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>		OUI	NON	a) RADIO	1	2	b) TÉLÉVISION	1	2	c) JOURNAL OU MAGAZINE	1	2	d) TÉLÉPHONE PORTABLE	1	2	
	OUI	NON																
a) RADIO	1	2																
b) TÉLÉVISION	1	2																
c) JOURNAL OU MAGAZINE	1	2																
d) TÉLÉPHONE PORTABLE	1	2																
817	VÉRIFIEZ 701: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">OUI, <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT MARIÉE ↓</td> <td style="text-align: center;">OUI, <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME ↓</td> <td style="text-align: center;">NON, <input type="checkbox"/> PAS EN UNION</td> </tr> </table>	OUI, <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT MARIÉE ↓	OUI, <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME ↓	NON, <input type="checkbox"/> PAS EN UNION		→ 901												
OUI, <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT MARIÉE ↓	OUI, <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME ↓	NON, <input type="checkbox"/> PAS EN UNION																
818	VÉRIFIEZ 303: UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">UTILISE <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT ↓</td> <td style="text-align: center;">N'UTILISE PAS <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT</td> <td style="text-align: center;">PAS POSÉE <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	UTILISE <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT ↓	N'UTILISE PAS <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT	PAS POSÉE <input type="checkbox"/>		→ 820 → 822												
UTILISE <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT ↓	N'UTILISE PAS <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT	PAS POSÉE <input type="checkbox"/>																
819	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 ?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>DÉCISION DE L'ENQUÊTÉ</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>DÉCISION COMMUNE</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>AUTRE _____</td> <td style="text-align: right;">6</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</td> <td></td> </tr> </table>	DÉCISION DE L'ENQUÊTÉ	1	DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE	2	DÉCISION COMMUNE	3	AUTRE _____	6	(PRÉCISEZ)		→ 821					
DÉCISION DE L'ENQUÊTÉ	1																	
DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE	2																	
DÉCISION COMMUNE	3																	
AUTRE _____	6																	
(PRÉCISEZ)																		
820	Diriez-vous que le fait de ne pas utiliser la contraception est principalement votre décision, principalement celle de votre (mari/partenaire) ou est-ce une décision commune que vous avez prise ensemble ?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>DÉCISION DE L'ENQUÊTÉ</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>DÉCISION COMMUNE</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>AUTRE _____</td> <td style="text-align: right;">6</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</td> <td></td> </tr> </table>	DÉCISION DE L'ENQUÊTÉ	1	DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE	2	DÉCISION COMMUNE	3	AUTRE _____	6	(PRÉCISEZ)							
DÉCISION DE L'ENQUÊTÉ	1																	
DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE	2																	
DÉCISION COMMUNE	3																	
AUTRE _____	6																	
(PRÉCISEZ)																		
821	VÉRIFIEZ 304: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">NI LUI, NI ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ ↓</td> <td style="text-align: center;">IL OU ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ</td> </tr> </table>	NI LUI, NI ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ ↓	IL OU ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ		→ 901													
NI LUI, NI ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ ↓	IL OU ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ																	
822	Est-ce que votre (mari/partenaire) veut le même nombre d'enfants que vous ou en veut-il plus ou moins que vous ?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>MÊME NOMBRE</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>PLUS D'ENFANTS</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>MOINS D'ENFANTS</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>NE SAIT PAS</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> </table>	MÊME NOMBRE	1	PLUS D'ENFANTS	2	MOINS D'ENFANTS	3	NE SAIT PAS	8								
MÊME NOMBRE	1																	
PLUS D'ENFANTS	2																	
MOINS D'ENFANTS	3																	
NE SAIT PAS	8																	

SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
913	Quelle est votre occupation? C'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
914	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte ?	MEMBRE DE LA FAMILLE 1 QUELQU'UN D'AUTRE 2 À SON COMPTE 3	
915	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	
916	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	
917	VÉRIFIEZ 701: ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> ↓	PAS EN UNION <input type="checkbox"/>	→ 925
918	VÉRIFIEZ 916: CODE '1' OU '2' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 921
919	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)	
920	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 PRÉS LA MÊME CHOSE 3 MARI/PARTENAIRE N'A PAS DE REVENUS 4 NE SAIT PAS 8	→ 922
921	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 N'A PAS DE REVENUS 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
922	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	
923	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	

SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																								
924	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																									
925	Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE SEULEMENT 1 CONJOINTEMENT SEULEMENT 2 SEULE ET CONJOINTEMENT 3 N'EN POSSÈDE PAS 4	→ 928																								
926	Avez-vous un acte de propriété pour une maison que vous possédez ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 928																								
927	Est-ce que votre nom figure sur l'acte de propriété ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																									
928	Est-ce que vous possédez de la terre agricole ou non agricole, seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE SEULEMENT 1 CONJOINTEMENT SEULEMENT 2 SEULE ET CONJOINTEMENT 3 N'EN POSSÈDE PAS 4	→ 931																								
929	Avez-vous un acte de propriété pour une terre que vous possédez ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 931																								
930	Est-ce que votre nom figure sur l'acte de propriété ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																									
931	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE POINT DE L'INTERVIEW (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS OU PAS PRÉSENTES).	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRES./ PRES./ N'ÉCOUTE ÉCOUTE. PAS.</th> <th>PAS PRES.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS < 10</td> <td>1 2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>MARI</td> <td>1 2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES</td> <td>1 2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES</td> <td>1 2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		PRES./ PRES./ N'ÉCOUTE ÉCOUTE. PAS.	PAS PRES.	ENFANTS < 10	1 2	3	MARI	1 2	3	AUTRES HOMMES	1 2	3	AUTRES FEMMES	1 2	3										
	PRES./ PRES./ N'ÉCOUTE ÉCOUTE. PAS.	PAS PRES.																									
ENFANTS < 10	1 2	3																									
MARI	1 2	3																									
AUTRES HOMMES	1 2	3																									
AUTRES FEMMES	1 2	3																									
932	<p>Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :</p> <p>a) Si elle sort sans le lui dire ?</p> <p>b) Si elle néglige les enfants ?</p> <p>c) Si elle argumente avec lui ?</p> <p>d) Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?</p> <p>e) Si elle brûle la nourriture ?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) SORT SANS LE LUI DIRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) NÉGLIGE LES ENFANTS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) ARGUMENTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) REFUSE RAP. SEXUELS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) BRÛLE NOURRITURE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) SORT SANS LE LUI DIRE	1	2	8	b) NÉGLIGE LES ENFANTS	1	2	8	c) ARGUMENTE	1	2	8	d) REFUSE RAP. SEXUELS	1	2	8	e) BRÛLE NOURRITURE	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																								
a) SORT SANS LE LUI DIRE	1	2	8																								
b) NÉGLIGE LES ENFANTS	1	2	8																								
c) ARGUMENTE	1	2	8																								
d) REFUSE RAP. SEXUELS	1	2	8																								
e) BRÛLE NOURRITURE	1	2	8																								

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																
1000	VÉRIFIEZ COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE: <input type="checkbox"/> SOUS-ÉCHANTILLON 2 (2/3 DES MÉNAGES) ↓	SOUS-ÉCHANTILLON 1 (1/3 DES MÉNAGES) <input type="checkbox"/>	→ 1101																
1001	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler de VIH ou de sida ?	OUI 1 NON 2	→ 1042																
1002	Le VIH est le virus qui cause le sida. Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH 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																	
1003	Est-ce qu'on peut contracter le VIH par les piqûres de moustiques ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																	
1004	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																	
1005	Est-ce qu'on peut contracter le VIH en partageant la nourriture avec une personne qui a le VIH ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																	
1006	Est-ce qu'on peut contracter le VIH par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																	
1007	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le VIH ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																	
1008	Est-ce que le VIH peut être transmis de la mère à son enfant :	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) DURANT LA GROSSESSE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) DURANT ACCOUCHE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) EN ALLAITANT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) DURANT LA GROSSESSE	1	2	8	b) DURANT ACCOUCHE	1	2	8	c) EN ALLAITANT	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
a) DURANT LA GROSSESSE	1	2	8																
b) DURANT ACCOUCHE	1	2	8																
c) EN ALLAITANT	1	2	8																
1009	VÉRIFIEZ 1008: AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓	AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 1011																
1010	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le VIH pour réduire le risque de transmission à son enfant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																	
1011	VÉRIFIEZ 208 ET 215: DERNIÈRE NAISSANCE EN 2014-2016 <input type="checkbox"/> ↓	PAS DE NAISSANCE <input type="checkbox"/> DERNIÈRE NAISSANCE EN 2013 OU PLUS <input type="checkbox"/>	→ 1027 → 1027																

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																
1012	VÉRIFIEZ 408 POUR DERNIÈRE NAISSANCE: A EU DES SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> ↓	PAS DE SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/>	→ 1020																
1013	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUS LES EFFORTS POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.																		
1014	Au cours de l'une des visites prénatales pour votre dernière naissance, est-ce que l'on vous a parlé : a) Des bébés qui contractent le VIH de leur mère ? b) Des choses que vous pouvez faire pour ne pas contracter le VIH ? c) Effectuer un test du VIH ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) VIH DE LA MÈRE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>b) CHOSES À FAIRE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>c) TEST DU VIH</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) VIH DE LA MÈRE	1	2	8	b) CHOSES À FAIRE	1	2	8	c) TEST DU VIH	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
a) VIH DE LA MÈRE	1	2	8																
b) CHOSES À FAIRE	1	2	8																
c) TEST DU VIH	1	2	8																
1015	Dans le cadre des visites prénatales, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du VIH ?	OUI 1 NON 2																	
1016	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du VIH dans le cadre de vos soins prénatales ?	OUI 1 NON 2	→ 1020																
1017	Où le test a-t-il été fait ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	<p>SECTEUR PUBLIC</p> HÔPITAL GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ GOUVT 12 CENTRE CDV INDÉPENDANT 13 CLINIQUE PLANNING FAMILIA 14 CLINIQUE MOBILE 15 AGENT DE SANTÉ 16 AUTRE SECTEUR PUBLIC 17 (PRÉCISEZ) <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ MÉDECIN PRIVÉ 21 CENTRE CDV INDÉPENDANT 22 PHARMACIE 23 CLINIQUE MOBILE 24 AGENT DE SANTÉ 25 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 26 (PRÉCISEZ) <p>SECTEUR MIXTE</p> HÔPITAL MIXTE 31 CENTRE DE SANTÉ 32 CENTRE CDV INDÉPENDANT 33 CLINIQUE PLANNING FAMILIA 34 CLINIQUE MOBILE 35 AGENT DE SANTÉ 36 AUTRE SECTEUR MIXTE 37 (PRÉCISEZ) AUTRE 96 (PRÉCISEZ)																	
1018	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous eu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	→ 1020																
1019	Toutes les femmes sont censées recevoir des conseils après avoir effectué le test. Après avoir effectué votre test, avez-vous reçu des conseils ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																	
1020	VÉRIFIEZ 430 POUR DERNIÈRE NAISSANCE: UN CODE '21-43' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 1024																
1021	Entre le moment où vous êtes arrivée pour accoucher mais avant que l'enfant naisse, vous a-t-on proposé de faire un test du VIH ?	OUI 1 NON 2																	

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1022	Je ne veux pas connaître les résultats mais vous a-t-on fait un test du VIH à ce moment-là ?	OUI 1 NON 2	→ 1024
1023	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous eu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	→ 1025
1024	VÉRIFIEZ 1016: OUI <input type="checkbox"/> ↓ NON OU <input type="checkbox"/> PAS POSÉE		→ 1027
1025	Avez-vous effectué un test du VIH depuis le moment où vous avez fait un test durant votre grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 1028
1026	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A DES MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS 95	→ 1033
1027	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous déjà fait un test du VIH ?	OUI 1 NON 2	→ 1031
1028	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A DES MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS 95	
1029	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous eu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	
1030	Où le test a-t-il été fait ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ GOUVT 12 CENTRE CDV INDÉPENDANT 13 CLINIQUE PLANNING FAMILI/ 14 CLINIQUE MOBILE 15 AGENT DE SANTÉ 16 AUTRE SECTEUR PUBLIC 17 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ MÉDECIN PRIVÉ 21 CENTRE CDV INDÉPENDANT 22 PHARMACIE 23 CLINIQUE MOBILE 24 AGENT DE SANTÉ 25 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 26 (PRÉCISEZ) SECTEUR MIXTE HÔPITAL MIXTE 31 CENTRE DE SANTÉ 32 CENTRE CDV INDÉPENDANT 33 CLINIQUE PLANNING FAMILI/ 34 CLINIQUE MOBILE 35 AGENT DE SANTÉ 36 AUTRE SECTEUR MIXTE 37 (PRÉCISEZ) AUTRE 96 (PRÉCISER)	→ 1033
1031	Connaissez-vous un endroit où les gens peuvent aller pour faire un test du VIH ?	OUI 1 NON 2	→ 1033

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1032	<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 DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT B</p> <p>CENTRE CDV INDÉPENDANT C</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILI/ D</p> <p>CLINIQUE MOBILE E</p> <p>AGENT DE SANTÉ F</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC G</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ H</p> <p>CENTRE CDV INDÉPENDANT I</p> <p>PHARMACIE J</p> <p>CLINIQUE MOBILE K</p> <p>AGENT DE SANTÉ L</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ M</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MIXTE</p> <p>HÔPITAL MIXTE N</p> <p>CENTRE DE SANTÉ O</p> <p>CENTRE CDV INDÉPENDANT P</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILI/ Q</p> <p>CLINIQUE MOBILE R</p> <p>AGENT DE SANTÉ S</p> <p>AUTRE SECTEUR MIXTE T</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE X</p> <p>_____ (PRÉCISER)</p>	
1033	Avez-vous entendu parler de tests que les gens peuvent utiliser pour se tester eux-mêmes pour le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1035
1034	Vous êtes-vous testée vous-même en utilisant un kit de test ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
1035	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEN 8</p>	
1036	Pensez-vous que des enfants vivant avec le VIH devraient être autorisés à aller à l'école avec des enfants qui n'ont pas le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEN 8</p>	
1037	Pensez-vous que les gens hésitent à faire un test du VIH parce qu'ils ont peur de la réaction des autres si le résultat de leur test était VIH positif ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEN 8</p>	
1038	Est-ce que les gens parlent mal de ceux qui vivent avec le VIH ou dont on pense qu'ils vivent avec le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEN 8</p>	
1039	Est-ce que les gens qui vivent avec le VIH, ou dont on pense qu'ils vivent avec le VIH, perdent le respect des autres ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEN 8</p>	
1040	Êtes-vous d'accord ou non avec la déclaration suivante : j'aurais honte si quelqu'un de ma famille avait le VIH.	<p>D'ACCORD 1</p> <p>PAS D'ACCORD 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEN 8</p>	
1041	Avez-vous peur de contracter le VIH si vous étiez en contact avec la salive d'une personne vivant avec le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>DIT QU'ELLE A LE VIH 3</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEN 8</p>	

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1042	<p>VÉRIFIEZ 1001:</p> <p>A ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> PAS ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> DU VIH OU DU SIDA ↓ DU VIH OU DU SIDA ↓</p> <p>a) Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p> <p>b) Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
1043	<p>VÉRIFIEZ 713:</p> <p>A EU DES RAPPORTS <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS EU DE <input type="checkbox"/> SEXUELS ↓ RAPPORTS SEXUELS →</p>		→ 1051
1044	<p>VÉRIFIEZ 1042: A ENTENDU PARLER D'AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>		→ 1046
1045	<p>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>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1046	<p>Il arrive parfois que les femmes aient des pertes vaginales, anormales et malodorantes. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales anormales et malodorantes ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1047	<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>	
1048	<p>VÉRIFIEZ 1045, 1046, ET 1047:</p> <p>A EU UNE <input type="checkbox"/> N'A PAS EU <input type="checkbox"/> INFECTION (UN 'OUI') ↓ D'INFECTION OU NE SAIT PAS →</p>		→ 1051
1049	<p>La dernière fois que vous avez eu (PROBLEME DÉCLARÉ À 1045/1046/1047), avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1051

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1050	<p>Où êtes-vous allée ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE B</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE D</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIÆ E</p> <p>CABINET MÉDECIN PRIVÉ F</p> <p>PHARMACIE G</p> <p>SECTEUR MÉDICAL MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE H</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE I</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIÆ J</p> <p>SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL</p> <p>CLINIQUE MOBILE K</p> <p>AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUF L</p> <p>SAGE-FEMME/MATRONE AVEC BOÎTE M</p> <p>AUTRE SOURCE NON MÉDICALE</p> <p>BOUTIQUE/ MARCHÉ N</p> <p>BAR O</p> <p>DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE P</p> <p>ÉCOLE Q</p> <p>PARENT(E)S/ AMI(E)S R</p> <p>AUTRE X</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
1051	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 un condom quand ils ont des rapports sexuels ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1052	Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a des relations sexuelles avec d'autres femmes ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1053	<p>VÉRIFIEZ 701:</p> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME ↓</p> <p>PAS EN UNION <input type="checkbox"/> → 1101</p>		
1054	Pouvez-vous refuser d'avoir des rapports sexuels avec votre (mari/partenaire) quand vous ne souhaitez pas en avoir ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>ÇA DÉPEND/PAS SÛR 8</p>	
1055	Pourriez-vous demander à votre (mari/partenaire) d'utiliser un condom si vous vouliez qu'il en utilise un ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>ÇA DÉPEND/PAS SÛR 8</p>	

SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1101	Je voudrais maintenant vous poser d'autres questions concernant des problèmes de santé. Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on fait une injection pour une raison quelconque ? SI OUI: Combien d'injections avez-vous eu ? SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST DE 90 OU PLUS OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '90'. DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 1104
1102	Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou un autre agent de santé ? SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST DE 90 OU PLUS OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '90'. DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 1104
1103	La dernière fois que vous avez eu une injection effectuée par un prestataire de santé, est-ce qu'il/elle a pris la seringue et l'aiguille d'un emballage neuf qui n'avait pas été ouvert ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1104	Fumez-vous actuellement des cigarettes chaque jour, certains jours ou pas du tout ?	CHAQUE JOUR 1 CERTAINS JOURS 2 PAS DU TOUT 3	→ 1106
1104A	Depuis combien d'années fumez-vous? SI MOINS D' UNE ANNÉE, ENRÉGISTREZ "00"	ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	
1105	En moyenne, combien de cigarettes fumez-vous actuellement par jour ?	NOMBRE DE CIGARETTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
1106	Actuellement, est-ce que vous fumez ou utilisez un autre type de tabac chaque jour, certains jours ou pas du tout ?	CHAQUE JOUR 1 CERTAINS JOURS 2 PAS DU TOUT 3	→ 1107A
1107	Actuellement, quel autre type de tabac fumez-vous ou utilisez-vous ? ENRÉGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PIPE A TABAC À MACHER B TABAC À PRISER C AUTRE X (PRÉCISEZ)	
1107A	Avez-vous entendu dire que fumer est mauvais pour la santé?	OUI 1 NON 2	
1107B	Vous arrive-t-il de boire de l'alcool ? SI OUI: Est-ce-que vous buvez de l'alcool chaque jour, de temps en temps, rarement?	TOUS LES JOURS 1 DE TEMPS EN TEMPS 2 RAREMENT 3 NON (JAMAIS) 4	→ 1108
1107C	Quel type d'alcool buvez-vous? Quoi d'autre? ENRÉGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	BIÈRE A TAFIA/CLAIRIN B RHUM C VIN D AUTRE X	

SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À															
1108	Différentes raisons peuvent empêcher les femmes d'obtenir un avis médical ou de 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: a) Obtenir la permission d'aller voir un médecin ? b) Obtenir l'argent nécessaire pour le conseil ou le traitement ? c) La distance pour atteindre l'établissement de santé ? d) Ne pas vouloir y aller seule ?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">PAS UN PROBLÈME IMPORTANT</td> <td style="text-align: center;">PROBLÈME IMPORTANT</td> </tr> <tr> <td>a) PERMISSION</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b) OBTENIR L'ARGEN'</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>c) DISTANCE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d) ALLER SEULE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		PAS UN PROBLÈME IMPORTANT	PROBLÈME IMPORTANT	a) PERMISSION	1	2	b) OBTENIR L'ARGEN'	1	2	c) DISTANCE	1	2	d) ALLER SEULE	1	2	
	PAS UN PROBLÈME IMPORTANT	PROBLÈME IMPORTANT																
a) PERMISSION	1	2																
b) OBTENIR L'ARGEN'	1	2																
c) DISTANCE	1	2																
d) ALLER SEULE	1	2																
1109	Savez-vous comment déclarer la naissance d'un enfant à l'état civil?	OUI 1 NON 2																
1109A	Êtes-vous couvert par une assurance médicale ?	OUI 1 NON 2	→ 1110															
1109B	Par quel type d'assurance médicale êtes-vous couvert ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	MUTUELLE DE SANTÉ/ASSURANCE SANTÉ CONNUNAUTAIRE A ASSURANCE SANTÉ PAR L'EMPLOYEUR B SÉCURITÉ SOCIALE C ASSURANCE PRIVÉE D AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)																
1110	Une femme peut parfois avoir des écoulements constants d'urine ou d'excréments à partir de son vagin. Ce problème survient généralement après un accouchement difficile, un viol ou une opération chirurgicale pelvienne. Avez-vous déjà eu un écoulement constant d'urine ou d'excréments à partir de votre vagin?	OUI 1 NON 2	→ 1112A															
1111	Avez-vous entendu parler de ce genre de problème, je veux dire d'une femme qui a des écoulements constants d'urine ou d'excréments à partir de son	OUI 1 NON 2	→ 1112A															
1112	Est-ce que vous connaissez personnellement une femme qui a ou qui a eu ce problème ?	OUI 1 NON 2																
1112A	VÉRIFIEZ COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE: SOUS-ÉCHANTILLON 1 (1/3 DES MÉNAGES) <input type="checkbox"/> SOUS-ÉCHANTILLON 2 (2/3 DES MÉNAGES) <input type="checkbox"/>		→ 1301															
1112B	VÉRIFIEZ 106:	15-34 ANS 1 35-64 ANS 2	→ 1301															
1112C	Est-ce que je peux mesurer maintenant votre tension artérielle ? _____ SIGNATURE ENQUÊTRICE _____ DATE	OUI, L'ENQUÊTÉE ACCEPTE 1 NON, L'ENQUÊTÉE N'ACCEPTE PAS 2	→ 1201															
1112D	LISEZ LES MESURES DE LA TENSION ARTÉRIELLE. ENREGISTREZ LA PRESSION SYSTOLIQUE ET LA PRESSION DIASTOLIQUE. SI VOUS NE POUVEZ PAS MESURER LA TENSION ARTÉRIELLE DE L'ENQUÊTÉE, ENREGISTREZ LA RAISON.	SYSTOLIQUE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> DIASTOLIQUE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> REFUSÉ 994 PROBLÈMES TECHNIQUES 995 AUTRE 996																

SECTION 12. MALADIES NON TRANSMISSIBLES

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1201	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé a déjà vérifié votre tension artérielle ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1202	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou de l'hypertension?	OUI 1 NON 2	→ 1206
1203	Dans les 12 derniers mois, est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou de l'hypertension?	OUI 1 NON 2	
1204	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a prescrit des médicaments pour contrôler votre tension artérielle ?	OUI 1 NON 2	
1205	Est-ce que vous prenez actuellement des médicaments pour contrôler votre tension artérielle ?	OUI 1 NON 2	
1206	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé a déjà mesuré le niveau de sucre dans votre sang ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1207	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez un niveau élevé de sucre dans le sang ou du diabète ?	OUI 1 NON 2	→ 1211
1208	Dans les 12 derniers mois, est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a dit que vous aviez un niveau élevé de sucre dans le sang ou du diabète ?	OUI 1 NON 2	
1209	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a prescrit des médicaments pour contrôler votre niveau de sucre ou de diabète ?	OUI 1 NON 2	
1210	Est-ce que vous prenez des médicaments pour contrôler votre niveau élevé de sucre dans le sang ou votre diabète ?	OUI 1 NON 2	
1211	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une maladie cardiaque ?	OUI 1 NON 2	→ 1213
1212	Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie cardiaque ?	OUI 1 NON 2	
1213	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une maladie pulmonaire ?	OUI 1 NON 2	→ 1215
1214	Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie pulmonaire ?	OUI 1 NON 2	
1215	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez un cancer ou une tumeur ?	OUI 1 NON 2	→ 1217
1216	Suivez-vous actuellement un traitement pour un cancer ou une tumeur ?	OUI 1 NON 2	
1217	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous faisiez une dépression?	OUI 1 NON 2	→ 1218A
1218	Suivez-vous actuellement un traitement pour une dépression ?	OUI 1 NON 2	

SECTION 12. MALADIES NON TRANSMISSIBLES

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1218A	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous étiez épileptique ?	OUI 1 NON 2	→ 1219
1218B	Est-ce que vous suivez actuellement un traitement pour l'épilepsie?	OUI 1 NON 2	
1219	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez de l'arthrite ?	OUI 1 NON 2	→ 1221
1220	Suivez-vous actuellement un traitement pour l'arthrite?	OUI 1 NON 2	
1221	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une autre maladie chronique, c'est à-dire une autre maladie de longue durée?	OUI 1 (PRÉCISEZ LA MALADIE CHRONIQUE) NON 2	→ 1223
1222	Suivez-vous actuellement un traitement pour [MALADIE CHRONIQUE À Q.1221] ?	OUI 1 NON 2	
1223	Avez-vous entendu parler du cancer du col de l'utérus ?	OUI 1 NON 2	→ 1225
1224	Avez-vous entendu parler de tests pour le cancer du col de l'utérus ?	OUI 1 NON 2	
1225	Je vais maintenant vous poser des questions sur des tests qu'un professionnel de santé peut faire pour détecter un cancer du col de l'utérus. Le col de l'utérus est la partie qui relie l'utérus au vagin. Pour effectuer un test du cancer du col de l'utérus, on demande à la femme de s'allonger sur le dos en écartant les jambes. Ensuite, en utilisant une petite brosse ou un coton-tige, le professionnel de santé prélève à l'intérieur de l'utérus un échantillon. L'échantillon est envoyé au laboratoire pour être testé. Ce test est appelé un frottis Pap ou un test PVH. Il y a une autre méthode qui est appelée IVA ou Inspection Visuelle après application d'acide ascétique. Au cours de ce test, le professionnel de santé applique du vinaigre dilué sur le col utérin pour voir si une réaction se produit		
1226	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà fait un test de détection du cancer du col de l'utérus?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 1251
1227	Quand a eu lieu votre dernier test pour le cancer de l'utérus? SI MOINS D'1 ANNÉE, ENREGISTREZ '00'.	ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
1228	Quel était le résultat de votre dernier test pour le cancer du col de l'utérus ?	NORMAL / NÉGATIF 1 ANORMAL / POSITIF 2 PAS CLAIR / NON CONCLUANT 3 N'A PAS REÇU LE RÉSULTAT 4 NE SAIT PAS 8	→ 1251 → 1251
1229	Avez-vous suivi un traitement pour le col de l'utérus ou avez-vous fait des visites de suivi à cause des résultats du test?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	

SECTION 12. MALADIES NON TRANSMISSIBLES (TENSION ARTÉRIELLE MOYENNE)

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODE	ALLEZ À
###	VÉRIFIEZ Q122D ET Q1112D: PRESSIONS SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES À Q122D ET À Q1112D	PRESSIONS SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉES À Q122D ET À Q1112D	→ 1257
###	ENREGISTREZ ET CALCULEZ LA MOYENNE DE LA PRESSION SYSTOLIQUE ET DE LA PRESSION DIASTOLIQUE DE Q122D ET Q1112D.		
###	MESURES DE LA TENSION ARTÉRIELLE DE Q122D	SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
###	MESURES DE LA TENSION ARTÉRIELLE DE Q1112D	SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
###	SOMME DE Q1253 + Q1254	SOMME SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SOMME DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
###	DIVISEZ Q1255 PAR 2	MOYENNE SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MOYENNE DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> → 1261
###	VÉRIFIEZ Q122D PRESSION SYSTOLIQUE <u>ET</u> PRESSION DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉES À Q122D	LES DEUX PRESSIONS SYSTOLIQUE <u>ET</u> DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES À Q122D	→ 1260
###	VÉRIFIEZ Q1112D: PRESSION SYSTOLIQUE <u>ET</u> PRESSION DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉE À Q1112D	LES DEUX PRESSIONS SYSTOLIQUE <u>ET</u> DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES À Q1112D	→ 1260
###	VÉRIFIEZ Q106F: PRESSION SYSTOLIQUE <u>ET</u> DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES À Q106F	LES DEUX PRESSIONS SYSTOLIQUE <u>ET</u> DIASTOLIQUE <u>NON</u> ENREGISTRÉES À Q106F	→ 1301
###	ENREGISTREZ LA PRESSION SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE.	SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

UTILISEZ LE TABLEAU CI-DESSOUS POUR DÉTERMINER LE CODE CORRECT POUR ENREGISTRER DANS LE RAPPORT SUR LA TENSION ARTÉRIELLE ET SUR LE FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE .

ENCERCLEZ LA LIGNE OÙ VOUS TROUVEZ LA VALEUR DE LA PRESSION **SYSTOLIQUE** DE Q1256 OU Q1260 .

ENSUITE, ENCERCLEZ LA **COLONNE** OÙ VOUS TROUVEZ LA VALEUR DE LA PRESSION DIASTOLIQUE DE Q1256 OU Q1260 .

LA VALEUR QUI SE TROUVE À L'INTERSECTION DE LA LIGNE ET DE LA COLONNE ENCERCLÉES DANS LE TABLEAU SERA UTILISÉE POUR COMPLÉTER Q1262.

PRESSION SYSTOLIQUE MOYENNE	PRESSION DIASTOLIQUE MOYENNE					
	<84	85-89	90-99	100-109	110-119	≥ 120
≤129	1	2	3	4	5	6
130-139	2	2	3	4	5	6
140-159	3	3	3	4	5	6
160-179	4	4	4	4	5	6
180-209	5	5	5	5	5	6
≥ 210	6	6	6	6	6	6

ENREGISTREZ DANS LE TABLEAU CI-DESSOUS LE NOMBRE QUE VOUS AVEZ ENCERCLÉ À Q1261.UTILISEZ ENSUITE LES INSTRUCTIONS À DROITE DE CE NOMBRE POUR COMPLÉTER LE RAPPORT SUR LA TENSION ARTÉRIELLE ET LE FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR L'ENQUÊTÉE. DONNEZ À L'ENQUÊTÉE LE FORMULAIRE ET RÉPONDEZ À TOUTES SES QUESTIONS.

	CATÉGORIE DE LA TENSION ARTÉRIELLE DE L'ENQUÊTÉE	CONSULTEZ UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ POUR VÉRIFIER LA TENSION ARTÉRIELLE DANS :
1	NORMALE	24 MOIS
2	À LA LIMITE SUPÉRIEURE DU SEUIL NORMAL	12 MOIS
3	AU-DESSUS DU SEUIL NORMAL	2 MOIS
4	MODÉRÉMENT ÉLEVÉE	1 MOIS
5	TRÈS ÉLEVÉE	7 JOURS
6	EXTRÊMEMENT ÉLEVÉE	AUJOURD'HUI

1262B VÉRIFIEZ 106: 35-49 ANS 1 → 1301
50-64 ANS 2 → 1533

SECTION 13. MODULE MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																												
1301	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos frères et soeurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère biologique, y compris ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés. Nous avons appris au cours des enquêtes précédentes qu'il peut être difficile d'établir une liste complète de tous les enfants nés de votre mère biologique. Nous travaillerons ensemble pour établir la liste la plus complète et pour vous aider à vous souvenir de tous vos frères et soeurs. Pouvez-vous maintenant me donner les noms de tous vos frères et soeurs nés de votre mère biologique ?</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>NOM</th> <th>NUMÉRO D'ORDRE</th> <th>NOM</th> <th>NUMÉRO D'ORDRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td>k _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td>l _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td>m _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>d _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td>n _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>e _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td>o _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>f _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td>p _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>g _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td>q _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>h _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td>r _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>i _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td>s _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>j _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td>t _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	NOM	NUMÉRO D'ORDRE	NOM	NUMÉRO D'ORDRE	a _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	k _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	b _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	l _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	c _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	m _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	d _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	n _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	e _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	o _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	f _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	p _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	g _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	q _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	h _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	r _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	i _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	s _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	j _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	t _____	<input type="text"/> <input type="text"/>		
NOM	NUMÉRO D'ORDRE	NOM	NUMÉRO D'ORDRE																																												
a _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	k _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
b _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	l _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
c _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	m _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
d _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	n _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
e _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	o _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
f _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	p _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
g _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	q _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
h _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	r _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
i _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	s _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
j _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	t _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
1302	<p>VÉRIFIEZ 1301:</p> <p>AU MOINS UN FRÈRE OU <input type="checkbox"/> UNE SOEUR LISTÉ.</p> <p>AUCUN FRÈRE OU <input type="checkbox"/> SOEUR LISTÉ</p>		1304																																												
1303	<p>NE REMPLISSEZ PAS ENCORE L'ORDRE DES FRÈRES ET SOEURS. LISEZ LEURS NOMS À L'ENQUÊTÉE ET APRÈS LE DERNIER, DEMANDEZ : Y a-t-il d'autres frères et soeurs de la même mère que vous n'avez pas cités ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p> <p>INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1301</p>																																														
1304	<p>Il arrive que des personnes oublient de citer des enfants de leur mère biologique parce qu'ils ne vivent pas avec eux ou parce qu'ils ne se voient pas très souvent. Y a-t-il des frères ou soeurs qui ne vivent pas avec vous que vous n'avez pas cités ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p> <p>INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1301</p>																																														
1305	<p>Il arrive parfois que des personnes oublient de citer des enfants de leur mère biologique parce qu'ils sont décédés. Avez-vous des frères et soeurs qui sont décédés que vous n'avez pas cités ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p> <p>INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1301</p>																																														
1306	<p>Certaines personnes ont des frères ou soeurs de la même mère mais d'un père différent. Y a-t-il des frères ou soeurs nés de votre mère biologique mais qui ont un père biologique différent que vous n'avez pas cités ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p> <p>INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1301</p>																																														

SECTION 13. MODULE MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1307	COMPTEZ LE NOMBRE DE FRÈRES OU DE SOEURS ENREGISTRÉS À 1301	TOTAL DE FRÈRES ET SOEURS .. <input type="text"/> <input type="text"/>	
1308	<p>VÉRIFIEZ 1307:</p> <p>Juste pour être sûre que j'ai le bon résultat : Votre mère a eu au TOTAL _____ naissances, sans vous compter, durant sa vie. Est-ce correct ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>→ VÉRIFIEZ ET CORRIGEZ 1301 ET/OU 1307</p>	
1309	<p>VÉRIFIEZ 1307:</p> <p>AU MOINS UN FRÈRE <input type="checkbox"/> OU UNE SOEUR</p>	<p>AUCUN FRÈRE OU SOEUR <input type="checkbox"/></p>	<p>→ SEC. SUIV.</p>
1310	<p>Dites-mois, s'il vous plait, quel est le frère ou la soeur qui est né le premier (la première) ? Et qui a été le suivant/la ENREGISTREZ '01' POUR LE NUMÉRO D'ORDRE À 1301 POUR LE PREMIER FRÈRE OU SOEUR, '02' POUR LE SECOND ET AINSI DE SUITE JUSQU'À CE QUE VOUS AYEZ ENREGISTRÉ LE NUMÉRO D'ORDRE POUR TOUS LES FRÈRES ET SOEURS.</p>		
1311	Combien de naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance ?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECTION 13. MODULE MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

1312	LISTEZ LES FRÈRES ET SOEURS SELON LE NUMÉRO D'ORDRE À 1301. POSEZ 1313 JUSQU'À 1324 POUR UN FRÈRE OU UNE SOEUR AVANT DE PASSER AU FRÈRE OU SOEUR SUIVANT. S'IL Y A PLUS DE 12 FRÈRES ET SOEURS, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.						
1313	NOM DU FRÈRE OU DE LA SOEUR.	(01)	(02)	(03)	(04)	(05)	(06)
1314	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FEM. 2					
1315	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1317 ← NSP 8 ALLEZ À (02) ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1317 ← NSP 8 ALLEZ À (03) ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1317 ← NSP 8 ALLEZ À (04) ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1317 ← NSP 8 ALLEZ À (05) ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1317 ← NSP 8 ALLEZ À (06) ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1317 ← NSP 8 ALLEZ À (07) ←
1316	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (02)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (03)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (04)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (05)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (06)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (07)
1317	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est	<input type="text"/> <input type="text"/>					
1318	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTEZ ET POSEZ D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE 12 ANS, ALLEZ À 1323	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE 12 ANS, ALLEZ À 1323	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE 12 ANS, ALLEZ À 1323	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE 12 ANS, ALLEZ À 1323	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE 12 ANS, ALLEZ À 1323	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE 12 ANS, ALLEZ À 1323
1319	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée	OUI 1 ALLEZ À 1323 ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1323 ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1323 ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1323 ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1323 ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1323 ← NON 2
1320	Est-ce que (NOM) est décédée durant	OUI 1 ALLEZ À (02) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (03) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (04) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (05) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (06) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (07) ← NON 2
1321	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois qui ont suivi la fin d'une grossesse	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1323 ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1323 ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1323 ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1323 ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1323 ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1323 ←
1322	Combien de jours après la fin de la grossesse (NOM) est-elle décédée ?	<input type="text"/> <input type="text"/>					
1323	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un acte de violence ?	OUI 1 ALLEZ À (02) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (03) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (04) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (05) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (06) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (07) ← NON 2
1324	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un accident ?	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (02)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (03)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (04)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (05)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (06)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (07)
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À SECTION SUIVANTE.							

SECTION 13. MODULE MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

1312	LISTEZ LES FRÈRES ET SOEURS SELON LE NUMÉRO D'ORDRE À 1301. POSEZ 1313 JUSQU'À 1324 POUR UN FRÈRE OU UNE SOEUR AVANT DE PASSER AU FRÈRE OU SOEUR SUIVANT. S'IL Y A PLUS DE 12 FRÈRES ET SOEURS, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.						
1313	NOM DU FRÈRE OU DE LA SOEUR.	(07)	(08)	(09)	(10)	(11)	(12)
1314	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FEM. 2					
1315	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1317 ← NSP 8 ALLEZ À (08) ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1317 ← NSP 8 ALLEZ À (09) ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1317 ← NSP 8 ALLEZ À (10) ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1317 ← NSP 8 ALLEZ À (11) ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1317 ← NSP 8 ALLEZ À (12) ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1317 ← NSP 8 ALLEZ À (13) ←
1316	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (08)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (09)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (10)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (11)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (12)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (13)
1317	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est	<input type="text"/> <input type="text"/>					
1318	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTEZ ET POSEZ D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE 12 ANS, ALLEZ À 1323	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE 12 ANS, ALLEZ À 1323	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE 12 ANS, ALLEZ À 1323	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE 12 ANS, ALLEZ À 1323	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE 12 ANS, ALLEZ À 1323	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE 12 ANS, ALLEZ À 1323
1319	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée	OUI 1 ALLEZ À 1323 ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1323 ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1323 ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1323 ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1323 ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1323 ← NON 2
1320	Est-ce que (NOM) est décédée durant	OUI 1 ALLEZ À (08) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (09) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (10) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (11) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (12) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (13) ← NON 2
1321	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois qui ont suivi la fin d'une grossesse	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1323 ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1323 ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1323 ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1323 ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1323 ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1323 ←
1322	Combien de jours après la fin de la grossesse (NOM) est-elle décédée ?	<input type="text"/> <input type="text"/>					
1323	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un acte de violence ?	OUI 1 ALLEZ À (08) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (09) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (10) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (11) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (12) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (13) ← NON 2
1324	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un accident ?	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (08)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (09)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (10)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (11)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (12)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (13)
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À SECTION SUIVANTE.							

SECTION 14: DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
1400	VÉRIFIEZ COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE:	SOU-ÉCHANTILLON 2 (2/3 DES MÉNAGES) <input type="checkbox"/>	→ 1401
		SOU-ÉCHANTILLON 1 (1/3 DES MÉNAGES) <input type="checkbox"/>	→ 1533
1401	VÉRIFIEZ 217 ET 218 : TOUT ENFANT DE 0-4 ANS VIVANT AVEC SA MÈRE ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 1500
1402	VÉRIFIEZ 217 ET 218 : SÉLECTIONNEZ L'ENFANT LE PLUS JEUNE DE 0-4 VIVANT AVEC SA MÈRE ET ÉCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE. NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE DE Q. 212 _____ NUMÉRO DE LA LIGNE DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE DE Q.219 <input type="text"/> <input type="text"/>		
1403	LISEZ À L'ENQUÊTÉE : Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur (NOM DE L'ENFANT DE 1402), votre enfant le plus jeune de 0-4 ans vivant avec vous.		
1404	Combien de livres d'enfants ou de livres d'images avez-vous pour (NOM) ?	AUCUN 00 NOMBRE DE LIVRES D'ENFANT <input type="text" value="0"/> <input type="text"/> DIX LIVRES OU PLUS 10	
1405	Je voudrais savoir quels objets (NOM) utilise pour jouer quand il/elle est à la maison. Est-ce qu'il/elle joue avec : a) Des jouets fabriqués à la maison (comme des poupées, voitures ou autres jouets fabriqués à la maison) ? b) Des jouets d'un magasin ou des jouets d'un fabricant ? c) Objets du ménage (comme des bassines, casseroles), ou des objets trouvés dehors (comme des bâtons, pierres, animaux, coquilles ou feuilles) ? SI L'ENQUÊTÉ(E) DIT "OUI" À UNE DES CATÉGORIES CI-DESSUS, INSISTEZ POUR SAVOIR PRÉCISÉMENT AVEC QUOI L'ENFANT JOUE POUR ÊTRE SÛR DE LA RÉPONSE.	YES NO DK a) JOUETS FABRIQUÉ À LA MAISON 1 2 8 b) JOUETS DE MAGASIN 1 2 8 c) OBJETS DU MÉNAGE OU OBJETS DU DEHORS 1 2 8	
1406	Parfois les adultes qui s'occupent des enfants doivent quitter la maison pour aller faire des courses, faire la lessive, ou pour d'autres raisons et doivent laisser les jeunes enfants. Au cours de la semaine passée, combien de jours (NOM) a-t-il/elle été : a) Laissé seul(e) pendant plus d'une heure ? b) Laissé à la garde d'un autre enfant c'est-à-dire quelqu'un de moins de 10 ans, pendant plus d'une heure ? SI 'JAMAIS', INSCRIRE '0'. SI 'NE SAIT PAS', INSCRIRE '8'	a) NOMBRE DE JOURS LAISSÉ SEUL PENDANT PLUS D'UNE HEURE <input type="text"/> b) NOMBRE DE JOURS LAISSÉ AVEC UN ENFANT PENDANT PLUS D'UNE HEURE <input type="text"/>	

SECTION 14: DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																																			
1407	VÉRIFIEZ 217 : L'ÂGE DE L'ENFANT ENFANT DE 3-4 ANS <input type="checkbox"/> ENFANT < 3 ANS <input type="checkbox"/>		→ 1500																																			
1408	VÉRIFIEZ 217 ET 218 : TOUT ENFANT DE 3-4 ANS VIVANT AVEC SA MÈRE ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 1500																																			
1408A	VÉRIFIEZ 217 ET 218 : SÉLECTIONNEZ L'ENFANT LE PLUS JEUNE DE 3 OU 4 ANS VIVANT AVEC SA MÈRE ET ÉCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LA LIGNE. NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE DE 3 OU 4 ANS DE Q.212 _____ NUMÉRO DE LA LIGNE DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE DE 3 OU 4 ANS DE Q.219 <input type="text"/> <input type="text"/>																																					
1409	(NOM) suit-il/elle un programme d'apprentissage éducatif ou une classe d'éveil, dans un établissement public ou privé, y compris un jardin d'enfants ou une garderie communautaire ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																																				
1410	Pendant les trois derniers jours, avez-vous, vous ou un autre membre du ménage de 15 ans ou plus, participé avec (NOM) à l'une des activités suivantes : SI OUI, DEMANDEZ : Qui a participé à cette activité avec (NOM) ? ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. a) Lire des livres ou regarder des livres illustrés avec (NOM) ? b) Raconter des histoires a (NOM) ? c) Chanter des chansons a (NOM) ou avec (NOM), y compris des berceuses ? d) Emmener (NOM) en promenade en dehors de la maison, de la résidence, de la cour ou de l'enceinte ? e) Jouer avec (NOM) ? f) Nommer, compter, et/ou dessiner des choses pour ou avec (NOM) ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>MÈRE</th> <th>PÈRE</th> <th>AUTRE</th> <th>PERS SON NE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) LIRE DES LIVRES</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>b) RANCONTER DES HISTOIRES</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>c) CHANTER DES CHANSONS</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>d) PROMENER</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>e) JOUER</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>f) NOMMER/ COMPTER</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		MÈRE	PÈRE	AUTRE	PERS SON NE	a) LIRE DES LIVRES	A	B	X	Y	b) RANCONTER DES HISTOIRES	A	B	X	Y	c) CHANTER DES CHANSONS	A	B	X	Y	d) PROMENER	A	B	X	Y	e) JOUER	A	B	X	Y	f) NOMMER/ COMPTER	A	B	X	Y	
	MÈRE	PÈRE	AUTRE	PERS SON NE																																		
a) LIRE DES LIVRES	A	B	X	Y																																		
b) RANCONTER DES HISTOIRES	A	B	X	Y																																		
c) CHANTER DES CHANSONS	A	B	X	Y																																		
d) PROMENER	A	B	X	Y																																		
e) JOUER	A	B	X	Y																																		
f) NOMMER/ COMPTER	A	B	X	Y																																		
1411	Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur la sante et le développement de votre enfant. Les enfants ne se développent pas tous de manière identique et ils n'apprennent pas tous à la même vitesse. Certains, par exemple, marchent plus tôt que d'autres. Ces questions portent sur plusieurs aspects du développement de votre enfant. Est-ce que (NOM) connaît ou peut citer au moins dix lettres de l'alphabet ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																																				
1412	Est-ce que (NOM) peut lire au moins quatre mots simples, courants ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																																				
1413	Est-ce que (NOM) peut citer et reconnaître tous les chiffres de 1 à 10 ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																																				
1414	Est-ce que (NOM) peut attraper par terre avec deux doigts un petit objet, comme un bâton ou un caillou ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																																				
1415	Est-ce que (NOM) est parfois trop malade pour jouer ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																																				

SECTION 14: DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
1416	Est-ce que (NOM) est capable de suivre de simples instructions pour faire quelque chose correctement ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1417	Quand on donne quelque chose à faire à (NOM), est-il/elle capable de le faire de manière indépendante ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1418	Est-ce que (NOM) s'entend bien avec les autres enfants ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1419	Est-ce que (NOM) donne des coups de pieds, mord, ou frappe les autres enfants ou les adultes ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1420	Est-ce que (NOM) est facilement distrait ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	

SECTION 15: VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																								
1500	<p>VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE: FEMME SÉLECTIONNÉE POUR LE SECTION VD ?</p> <p>FEMME SÉLECTIONNÉE <input type="checkbox"/> POUR CETTE SECTION ↓</p> <p>FEMME <input type="checkbox"/> NON SÉLECTIONNÉE</p>		1533																								
1501	<p>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES: NE PAS CONTINUEZ TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS CERTAINE D'ÊTRE EN PRIVÉ.</p> <p>VOUS ÊTES EN PRIVÉ 1 ↓</p> <p>IMPOSSIBLE D'ÊTRE EN PRIVÉ 2 →</p>		1532																								
1501A	<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 Haïti. 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. 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.</p>																										
1502	<p>VÉRIFIEZ 701 ET 702:</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>		1516																								
1503	<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</p> <p>a) Il (est/était) jaloux ou en colère si vous (parlez/parliez) à b) Il vous (accuse/accusait) souvent d'être infidèle ? c) Il ne vous (permet/permettait) pas de voir vos amies ? d) Il (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille ? e) Il (insiste /insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments ?</p>	<table border="1"> <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																								
1504	<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</p> <p>b) Vous menace de vous blesser ou de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui</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 border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th colspan="3">TEMPS EN PAS DANS 12</th> </tr> <tr> <th>SOUVENT</th> <th>TEMPS DERNIERS MOIS</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a)</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>b)</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>c)</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		DÉJÀ ARRIVÉ	TEMPS EN PAS DANS 12			SOUVENT	TEMPS DERNIERS MOIS		a)	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	b)	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	c)	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3		
	DÉJÀ ARRIVÉ	TEMPS EN PAS DANS 12																									
		SOUVENT	TEMPS DERNIERS MOIS																								
a)	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3																							
b)	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3																							
c)	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3																							

SECTION 15: VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																																																																																																																																			
1505	A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) (mari/partenaire) vous ait fait l'une des choses suivantes :	B. Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?																																																																																																																																				
		<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th colspan="3">TEMPS EN PAS DANS 12</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>SOUVENT</th> <th>TEMPS</th> <th>DERNIERS MOIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) vous bouscule, secoue ou vous jette quelque chose ?</td> <td>OUI 1</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NON 2</td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b) vous gifle ?</td> <td>OUI 1</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NON 2</td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?</td> <td>OUI 1</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NON 2</td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?</td> <td>OUI 1</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NON 2</td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>e) vous donne des coups de pieds, vous traîne par terre ou vous batte ?</td> <td>OUI 1</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NON 2</td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>f) essaye de vous étrangler ou de vous brûler avec l'intention de le faire ?</td> <td>OUI 1</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NON 2</td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>g) vous menace ou vous attaque avec un couteau, un fusil ou une autre arme ?</td> <td>OUI 1</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NON 2</td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></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</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NON 2</td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>i) vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne</td> <td>OUI 1</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NON 2</td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></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</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NON 2</td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		DÉJÀ ARRIVÉ		TEMPS EN PAS DANS 12					SOUVENT	TEMPS	DERNIERS MOIS	a) vous bouscule, secoue ou vous jette quelque chose ?	OUI 1	→	1	2	3		NON 2	↓				b) vous gifle ?	OUI 1	→	1	2	3		NON 2	↓				c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?	OUI 1	→	1	2	3		NON 2	↓				d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?	OUI 1	→	1	2	3		NON 2	↓				e) vous donne des coups de pieds, vous traîne par terre ou vous batte ?	OUI 1	→	1	2	3		NON 2	↓				f) essaye de vous étrangler ou de vous brûler avec l'intention de le faire ?	OUI 1	→	1	2	3		NON 2	↓				g) vous menace ou vous attaque avec un couteau, un fusil ou une autre arme ?	OUI 1	→	1	2	3		NON 2	↓				h) vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas ?	OUI 1	→	1	2	3		NON 2	↓				i) vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne	OUI 1	→	1	2	3		NON 2	↓				j) vous force en vous menaçant ou d'une autre manière à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	OUI 1	→	1	2	3		NON 2	↓				
	DÉJÀ ARRIVÉ			TEMPS EN PAS DANS 12																																																																																																																																		
			SOUVENT	TEMPS	DERNIERS MOIS																																																																																																																																	
a) vous bouscule, secoue ou vous jette quelque chose ?	OUI 1	→	1	2	3																																																																																																																																	
	NON 2	↓																																																																																																																																				
b) vous gifle ?	OUI 1	→	1	2	3																																																																																																																																	
	NON 2	↓																																																																																																																																				
c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?	OUI 1	→	1	2	3																																																																																																																																	
	NON 2	↓																																																																																																																																				
d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?	OUI 1	→	1	2	3																																																																																																																																	
	NON 2	↓																																																																																																																																				
e) vous donne des coups de pieds, vous traîne par terre ou vous batte ?	OUI 1	→	1	2	3																																																																																																																																	
	NON 2	↓																																																																																																																																				
f) essaye de vous étrangler ou de vous brûler avec l'intention de le faire ?	OUI 1	→	1	2	3																																																																																																																																	
	NON 2	↓																																																																																																																																				
g) vous menace ou vous attaque avec un couteau, un fusil ou une autre arme ?	OUI 1	→	1	2	3																																																																																																																																	
	NON 2	↓																																																																																																																																				
h) vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas ?	OUI 1	→	1	2	3																																																																																																																																	
	NON 2	↓																																																																																																																																				
i) vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne	OUI 1	→	1	2	3																																																																																																																																	
	NON 2	↓																																																																																																																																				
j) vous force en vous menaçant ou d'une autre manière à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	OUI 1	→	1	2	3																																																																																																																																	
	NON 2	↓																																																																																																																																				
1506	VÉRIFIEZ 1505A (a-j):																																																																																																																																					
	AU MOINS UN <input type="checkbox"/> 'OUI' ↓	PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI' →	1509																																																																																																																																			
1507	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 ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00'.	NOMBRE D'ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> AVANT MARIAGE/AVANT VIVRE ENSEMBLE 95																																																																																																																																				
1508	Est-ce qu'à la suite d'actes commis envers vous par votre (dernier) (mari/partenaire), il vous est arrivé d'avoir :																																																																																																																																					
	a) des coupures, des hématomes ou des douleurs ?	OUI 1 NON 2																																																																																																																																				
	b) des hématomes aux yeux, des entorses, des luxations ou des brûlures ?	OUI 1 NON 2																																																																																																																																				
	c) des blessures profondes, des os cassés, des dents cassées ou d'autres blessures graves ?	OUI 1 NON 2																																																																																																																																				
1509	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	OUI 1 NON 2	→ 1511																																																																																																																																			
1510	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																																																																																																																																				

SECTION 15: VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1511	Est-ce que votre (dernier) (mari/partenaire) boit (buvait) de l'alcool ?	OUI 1 NON 2	→ 1513
1512	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	
1513	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	
1514	VÉRIFIEZ 709: MARIÉE PLUS <input type="checkbox"/> D'UNE FOIS ↓ MARIÉE SEULEMENT <input type="checkbox"/> UNE FOIS		→ 1516
1515	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 a) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous batte, vous gifle, vous donne des coups de 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	B. Il y a combien de temps que cela s'est produit ? DÉJÀ ARRIVÉ IL Y A 0-11 MOIS IL Y A 12 MOIS OU PLUS NE SE SOUVIENT PAS OUI 1 NON 2 ↓ OUI 1 NON 2 ↓ → 1 2 3 → 1 2 3	
1516	VÉRIFIEZ 701 ET 702: A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓ a) 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	JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓ b) 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 ? OUI 1 NON 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	→ 1519
1517	Qui vous a agressé de cette façon ? Quelqu'un d'autre ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MÈRE/ FEMME DU PÈRE A PÈRE/ MARI DE LA MÈRE B SOEUR/FRÈRE C FILLE/FILS D AUTRE PARENT E PETIT AMI ACTUEL F PETIT AMI PRÉCÉDEN G BELLE-MÈRE H BEAU-PÈRE I AUTRE BEAU-PARENT J ENSEIGNANT K EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL L POLICE/SOLDAT M AUTRE X (PRÉCISEZ)	
1518	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-il arrivé que (cette personne/ces personnes) vous agresse (vous agressent) physiquement : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?	SOUVENT 1 DE TEMPS EN TEMPS 2 PAS DU TOUT 3	

SECTION 15: VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1519	VÉRIFIEZ 201, 226 ET 230: A DÉJÀ ÉTÉ ENCEINTE <input type="checkbox"/> (OUI À 201 OU 226 OU 230) ↓	N'A JAMAIS ÉTÉ ENCEINTE <input type="checkbox"/>	→ 1522
1520	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	OUI 1 NON 2	→ 1522
1521	Qui a agi ainsi pour vous faire mal physiquement pendant que vous étiez enceinte ? Quelqu'un d'autre ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MARI/PARTENAIRE ACTUEL A MÈRE/ FEMME DU PÈRE B PÈRE/ MARI DE LA MÈRE C SOEUR/FRÈRE D FILLE/FILS E AUTRE PARENT F ANCIEN MARI/PARTENAIRE G PETIT AMI ACTUEL H ANCIEN PETIT AMI I BELLE-MÈRE J BEAU-PÈRE K AUTRE BEAU-PARENT L ENSEIGNANT M EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL N POLICE/SOLDAT O AUTRE X (SPECIFY)	
1522	VÉRIFIEZ 701 AND 702: A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> ↓	JAMAIS MARIÉE/JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	→ 1522B
1522A	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). 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	OUI 1 NON 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	→ 1523 → 1524A
1522B	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 ?	OUI 1 NON 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	→ 1526
1523	Quelle est la personne qui vous a forcé la première fois que cela est arrivé?	MARI/PARTENAIRE ACTUEL 01 ANCIEN MARI/PARTENAIRE 02 PETIT AMI ACTUEL/ANCIEN 03 PÈRE/BEAU-PÈRE 04 FRÈRE/BEAU-FRÈRE 05 AUTRE PARENT 06 BEAU-PARENT 07 AMI/RENCONTRE 08 AMI DE LA FAMILLE 09 ENSEIGNANT 10 EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL 11 POLICE/SOLDAT 12 PRÊTRE/RELIGIEUX 13 INCONNU 14 AUTRE 96 (SPECIFY)	

SECTION 15: VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1524	<p>VÉRIFIEZ 701 ET 702:</p> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓</p> <p>a) 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</p> <p>JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓</p> <p>b) Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a forcé physiquement à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1525
1524A	<p>VÉRIFIEZ 1505A (h-j) and 1515A(b):</p> <p>AU MOINS UN <input type="checkbox"/> 'OUI' ↓</p>	<p>PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI'</p>	→ 1526
1525	<p>VÉRIFIEZ 701 ET 702:</p> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓</p> <p>a) Quel âge aviez-vous la première fois que quelqu'un, y compris (votre/un de vos) mari/partenaire, vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes</p> <p>JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓</p> <p>b) 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 type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
1526	<p>VÉRIFIEZ 1505A (a-j), 1515A (a,b), 1516, 1520, 1522A ET 1522B:</p> <p>AU MOINS UN <input type="checkbox"/> 'OUI' ↓</p>	<p>PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI'</p>	→ 1530
1527	<p>Pensez à ce qui vous est arrivé parmi les choses dont nous venons de parler. Vous est-il arrivé de rechercher de l'aide ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1529
1528	<p>Auprès de qui avez-vous recherché de l'aide ?</p> <p>Personne d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>PROPRE FAMILLE A</p> <p>FAMILLE DU MARI/PARTENAIRE B</p> <p>MARI/PARTENAIRE ACTUEL/ANCIEN C</p> <p>PETIT AMI ACTUEL /ANCIEN D</p> <p>AMI E</p> <p>VOISIN F</p> <p>RELIGIEUX G</p> <p>MÉDECIN/PERSONNEL SANTÉ H</p> <p>POLICE I</p> <p>HOMME DE LOI J</p> <p>SERVICE SOCIAL K</p> <p>AUTRE _____ X (SPECIFY)</p>	→ 1530
1529	<p>Avez-vous parlé de cela à quelqu'un ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
1530	<p>Pour autant que vous le sachiez, est-ce que votre père battait votre mère ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	

SECTION 15: VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																
	REMERCEZ 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.																		
1531	AVEZ-VOUS DÛ INTERROMPRE L'INTERVIEW PARCE QU'UN ADULTE A ESSAYÉ D'ÉCOUTER, EST VENU DANS LA PIÈCE OU A ESSAYÉ D'INTERVENIR D'UNE AUTRE MANIÈRE ?	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI 1 FOIS</th> <th>OUI, PLUS D'UNE FOIS</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MARI</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRE HOMME ADULTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>FEMME ADULTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		OUI 1 FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON	MARI	1	2	3	AUTRE HOMME ADULTE	1	2	3	FEMME ADULTE	1	2	3	
	OUI 1 FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON																
MARI	1	2	3																
AUTRE HOMME ADULTE	1	2	3																
FEMME ADULTE	1	2	3																
1532	COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE / SI L'ENQUÊTE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE N'A PU ÊTRE MENÉE, DONNEZ LES RAISONS. _____ _____ _____																		
1533	NOTEZ L'HEURE.	HEURE..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MINUTE..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																	

