


Annexe F.Questionnaire

Questionnaire ménage

													
REPUBLIQUE DE GUINEE													
QUESTIONNAIRE MENAGE													
Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS, 2016)													
PANNEAU D'INFORMATION SUR LE MENAGE													
HH1. Numéro de Grappe: _____	HH2. Numéro du ménage: _____												
HH3. Nom et numéro de l'enquêteur: Nom _____	HH4. Nom et numéro du chef d'équipe: Nom _____												
HH5. Jour / Mois / Année de l'enquête: _____ / _____ / 2016	HH7. Région de résidence Boké 1 Conakry 2 Faranah 3 Kankan 4 Kindia 5 Labé 6 Mamou 7 Nzérékoré 8												
HH6. Milieu de Résidence: Urbain1 Rural2													
HH6A. Nom du chef de ménage													
<p>JE M'APPELLE _____, JE TRAVAILLE POUR L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE, NOUS MENONS UNE ENQUETE NATIONALE SUR LA SITUATION DES ENFANTS, DES FEMMES ET DES MENAGES. LES INFORMATIONS QUE NOUS COLLECTONS AIDERONT LE GOUVERNEMENT A AMELIORER LES SERVICES DE SANTE. VOTRE MENAGE A ETE SELECTIONNE POUR CETTE ENQUETE. JE VOUDRAIS VOUS POSEZ QUELQUES QUESTIONS. L'INTERVIEW DURERA ENVIRON (30) MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES. VOUS N'ETES PAS OBLIGE DE PARTICIPER A CETTE ENQUETE, MAIS NOUS ESPERONS QUE VOUS ACCEPTEREZ D'Y PARTICIPER CAR VOTRE OPINION EST TRES IMPORTANTE. S'IL ARRIVAIT QUE JE POSE UNE QUESTION A LAQUELLE VOUS NE VOULEZ PAS REPENDRE, DITES-LE MOI ET JE PASSERAI A LA QUESTION SUIVANTE ; VOUS POUVEZ EGALEMENT INTERROMPRE L'INTERVIEW A N'IMPORTE QUEL MOMENT. AVEZ-VOUS DES QUESTIONS SUR L'ENQUETE ?</p> <p>PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI, PERMISSION ACCORDEE ⇒ ALLER A HH18 POUR ENREGISTRER L'HEURE ET COMMENCER L'ENTRETIEN.</p> <p><input type="checkbox"/> NON, PERMISSION NON ACCORDEE ⇒ ENCERCLER 04 A HH9. DISCUTER CE RESULTAT AVEC VOTRE CHEF D'EQUIPE.</p>													
HH9. Résultat de l'enquête ménage: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Complété.....</td> <td style="text-align: right;">01</td> </tr> <tr> <td>Pas de membre du ménage ou de répondant compétent à la maison au moment de la visite</td> <td style="text-align: right;">02</td> </tr> <tr> <td>Ménage entier absent pour une longue période.....</td> <td style="text-align: right;">03</td> </tr> <tr> <td>Refus</td> <td style="text-align: right;">04</td> </tr> <tr> <td>Logement vide/ l'adresse n'est pas un logement</td> <td style="text-align: right;">05</td> </tr> <tr> <td>Logement détruit</td> <td style="text-align: right;">06</td> </tr> </table>		Complété.....	01	Pas de membre du ménage ou de répondant compétent à la maison au moment de la visite	02	Ménage entier absent pour une longue période.....	03	Refus	04	Logement vide/ l'adresse n'est pas un logement	05	Logement détruit	06
Complété.....	01												
Pas de membre du ménage ou de répondant compétent à la maison au moment de la visite	02												
Ménage entier absent pour une longue période.....	03												
Refus	04												
Logement vide/ l'adresse n'est pas un logement	05												
Logement détruit	06												
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <i>Une fois le questionnaire ménage complété, saisir les informations suivantes:</i> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> HH10. Répondant au questionnaire Ménage: Nom _____ Num.Ligne: _____ </div> <div style="width: 45%;"> <i>Une fois tous les questionnaires du ménage complétés, saisir les informations suivantes:</i> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> HH11. Nbre Total membres du ménage: _____ </div> <div style="width: 45%;"> HH13. Nbre de questionnaires Femme complétés: _____ </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> HH12. Nbre de femmes de 15-49 ans:..... _____ </div> <div style="width: 45%;"> HH15. Nbre questionnaires enfants de moins de 5 ans complétés: _____ </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> HH14. Nbre d'enfants moins de 5 ans: _____ </div> <div style="width: 45%;"> Logement non trouvé 07 </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> Autre (préciser) _____ 96 </div>													

HH18. Enregistrer l'heure.

Heure _ _

Minutes _ _

LISTE DES MEMBRES DU MENAGEHL

TOUT D'ABORD, DONNEZ-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, LE NOM DE CHAQUE PERSONNE QUI VIT HABITUELLEMENT ICI, EN COMMENÇANT PAR LE CHEF DE MENAGE
Enregistrer le nom du chef de ménage sur la ligne 01. Enregistrer tous les membres du ménage (HL2), leur relation avec le chef de ménage (HL3) et leur sexe (HL4).

Demander ensuite : Y A-T-IL D'AUTRES PERSONNES QUI VIVENT ICI, MEME SI ELLES NE SONT PAS ACTUELLEMENT A LA MAISON ?

Si oui, compléter la liste pour les questions HL2-HL4. Poser ensuite toutes les questions en commençant par HL5 pour chaque personne à la fois.

utiliser un questionnaire supplémentaire si toutes les lignes de la liste des membres du ménage ont été utilisées.

							Femmes 15-49 ans	Enfants 0-4 ans	Enfants de 0-17 ans							Enfants 0-14 ans
HL1. Num de ligne	HL2. Nom	HL3. QUEL EST LE LIEN DE PARENTE DE (nom) AVEC LE CHEF DE MENAGE	HL4. (Nom) EST-IL/ ELLE DE SEXE MASCULIN OU FEMININ ? 1 Masculin 2 Féminin	HL5. QUELLE EST LA DATE DE NAISSANCE DE (nom)? 98 NSP 9998 NSP		HL6. QUEL AGE A (nom)? Noter en années révolues. Si âge égal ou supérieur à 95, inscrire '95'	HL6A. EST-CE QUE (nom) A DORMI ICI LA NUIT DERNIERE ? 1 Oui 2 Non	HL7. Encercler num. de ligne si la femme a entre 15-49 ans	HL7B. Encercler num. de ligne si âge entre 0-4 ans	HL11. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST VIVANTE ? 1 Oui 2 Non HL13 8 NSP HL13	HL12. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MENAGE? Si "Oui" Noter son num. ligne et aller à HL13. Si "Non", noter 00	HL12A. OU LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) HABITE-T- ELLE? 1 Autre ménage dans pays 2 Institution dans ce pays 3 Etranger 8 NSP	HL13. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST VIVANT ? 1 Oui 2 Non HL15 8 NSP HL15	HL14. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MENAGE? Si "Oui" Noter son num. ligne et aller à HL15. Si "Non", noter 00	HL14A. OU LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) HABITE-T- IL? 1 Autre ménage dans pays 2 Institution dans ce pays 3 Etranger 8 NSP	HL15. Enregistrer num de ligne de la mère de HL12. Si HL12 est blanc ou "00", demander: QUI EST LE/LA GARDIEN(NNE) PRINCIPALE DE (nom)?
Ligne	Nom	Relation*	M F	Mois	Année	Age	O N	15-49	0-4	O N NSP	Mère		O N NSP	Père		Mère
01		0 1	1 2	__	__	__	1 2	01	01	1 2 8	__	1 2 3 8	1 2 8	__	1 2 3 8	__
02		__	1 2	__	__	__	1 2	02	02	1 2 8	__	1 2 3 8	1 2 8	__	1 2 3 8	__
03		__	1 2	__	__	__	1 2	03	03	1 2 8	__	1 2 3 8	1 2 8	__	1 2 3 8	__
04		__	1 2	__	__	__	1 2	04	04	1 2 8	__	1 2 3 8	1 2 8	__	1 2 3 8	__
05		__	1 2	__	__	__	1 2	05	05	1 2 8	__	1 2 3 8	1 2 8	__	1 2 3 8	__
06		__	1 2	__	__	__	1 2	06	06	1 2 8	__	1 2 3 8	1 2 8	__	1 2 3 8	__
07		__	1 2	__	__	__	1 2	07	07	1 2 8	__	1 2 3 8	1 2 8	__	1 2 3 8	__
08		__	1 2	__	__	__	1 2	08	08	1 2 8	__	1 2 3 8	1 2 8	__	1 2 3 8	__
09		__	1 2	__	__	__	1 2	09	09	1 2 8	__	1 2 3 8	1 2 8	__	1 2 3 8	__
10		__	1 2	__	__	__	1 2	10	10	1 2 8	__	1 2 3 8	1 2 8	__	1 2 3 8	__
11		__	1 2	__	__	__	1 2	11	11	1 2 8	__	1 2 3 8	1 2 8	__	1 2 3 8	__

								Femmes 15-49 ans	Enfants 0-4 ans	Enfants de 0-17 ans						Enfants 0-14 ans
HL1. Num de ligne	HL2. Nom	HL3. QUEL EST LE LIEN DE PARENTE DE (nom) AVEC LE CHEF DE MENAGE	HL4. (Nom) EST-IL/ ELLE DE SEXE MASCULIN OU FEMININ ? 1 Masculin 2 Féminin	HL5. QUELLE EST LA DATE DE NAISSANCE DE (nom)? 98 NSP 9998 NSP	HL6. QUEL AGE A (nom)? <i>Noter en années révolues. Si âge égal ou supérieur à 95, inscrire '95'</i>	HL6A. EST-CE QUE (nom) A DORMI ICI LA NUIT DERNIERE ? 1 Oui 2 Non	HL7. <i>Encercler num. de ligne si âge entre 0-4 ans</i>	HL7B. <i>Encercler num. de ligne si âge entre 0-4 ans</i>	HL11. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST VIVANTE ? 1 Oui 2 Non HL13 8 NSP HL13	HL12. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MENAGE? <i>Si "Oui" Noter son num. ligne et aller à HL13. Si "Non", noter 00</i>	HL12A. OU LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) HABITE-T- ELLE? 1 Autre ménage dans pays 2 Institution dans ce pays 3 Etranger 8 NSP	HL13. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST VIVANT ? 1 Oui 2 Non HL15 8 NSP HL15	HL14. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MENAGE? <i>Si "Oui" Noter son num. ligne et aller à HL15. Si "Non", noter 00</i>	HL14A. OU LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) HABITE-T- IL? 1 Autre ménage dans pays 2 Institution dans ce pays 3 Etranger 8 NSP	HL15. <i>Enregistrer num de ligne de la mère de HL12. Si HL12 est blanc ou "00", demander: QUI EST LE/LA GARDIEN(NNE) PRINCIPALE DE (nom)?</i>	
Ligne	Nom	Relation*	M F	Mois	Année	Age	O N	15-49	0-4	O N NSP	Mère		O N NSP	Père		Mère
12		___	1 2	___	___	___	1 2	12	12	1 2 8	___	1 2 3 8	1 2 8	___	1 2 3 8	___
13		___	1 2	___	___	___	1 2	13	13	1 2 8	___	1 2 3 8	1 2 8	___	1 2 3 8	___
14		___	1 2	___	___	___	1 2	14	14	1 2 8	___	1 2 3 8	1 2 8	___	1 2 3 8	___
15		___	1 2	___	___	___	1 2	15	15	1 2 8	___	1 2 3 8	1 2 8	___	1 2 3 8	___

Cocher si questionnaire
supplémentaire utilisé ☐

Insister pour savoir s'il n'y a pas d'autres membres dans le ménage. En particulier, demander s'il n'y a pas de bébés/ jeunes enfants qui ne sont pas sur la liste et d'autres personnes qui ne sont pas membres de la famille (comme des employés ou amis) mais qui vivent habituellement dans le ménage. Inscrire les noms des membres additionnels dans la liste du ménage et compléter la feuille de manière appropriée.

Maintenant, pour chaque femme de 15-49 ans, enregistrer son nom, son numéro de ligne et autres informations d'identification dans le panneau d'information d'un questionnaire Individuel Femme séparé. Pour chaque homme de 15-49 ans, enregistrer son nom, son numéro de ligne et les autres informations d'identification dans le panneau d'information d'un questionnaire Individuel Homme séparé. Pour chaque enfant de moins de 5 ans, enregistrer son nom, son numéro de ligne ET le numéro de ligne de sa mère ou de sa/son gardien(ne) dans le panneau d'information d'un questionnaire séparé pour les enfants de moins de 5 ans. Vous devez avoir maintenant un questionnaire séparé pour chaque femme éligible, chaque homme éligible et pour chaque enfant de moins de 5 ans du ménage.

* Codes pour HL3: Relation avec chef de ménage:	01 Chef de ménage 02 Femme/Mari 03 Fils/Fille	04 Gendre/Belle-fille 05 Petit-fils/Petite -fille 06 Mère /Père 07 Beau-père/Belle-mère	08 Frère / Sœur 09 Beau-frère / Belle-sœur 10 Oncle / Tante	11 Nièce / Neveu 12 Autre parent 13 Enfant adopté/ confié/enfant du conjoint	14 Domestique (Si vit dans le ménage) 96 Autre- (Sans lien de parenté) 98 NSP
--	---	--	---	--	---

EDUCATION														ED		
			Pour les membres du ménage de 5 ans et plus			Pour les membres du ménage de 5-24 ans										
ED1. Numéro de ligne	ED2. Nom et Age A copier de HL2 et HL6		ED3. (Nom) EST-IL/ELLE DEJA ALLE(E) A L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE ? 1 Oui 2 Non ↗ ligne suivante	ED4A. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE (nom) A ATTEINT? Niveau : 0 Maternelle 1 Primaire 2 Collège 3 Lycée 4 Prof/T - A 5 Prof/T - B 6 Supérieur 8 NSP Si niveau=0, passer à ED5	ED4B. QUELLE EST LA DERNIERE CLASSE QUE (nom) A ACHEVEE A CE NIVEAU? Classe: 98 NSP Si la 1 ^{ère} classe du niveau n'est pas achevée, noter 00.	ED5. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE 2015-2016, (nom) EST-IL /ELLE ALLE A N'IMPORTE QUEL MOMENT A L'ECOLE / A L'ECOLE MATERNELLE 1 Oui 2 Non ↗ ED7	ED6. DURANT CETTE ANNEE SCOLAIRE, A QUELS NIVEAU ET CLASSE (nom) EST/ETAIT-IL/ELLE?		ED7. AU COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE 2014-2015, (nom) EST-IL/ELLE ALLE(E) A N'IMPORTE QUEL MOMENT A L'ECOLE /L'ECOLE MATERNELLE? 1 Oui 2 Non ↗ ED9 8 NSP ↗ ED9	ED8. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE 2014-2015, A QUELS NIVEAU ET CLASSE (nom) ETAIT-IL/ELLE?		ED9. AU COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE, 2013-2014, (nom) EST-IL/ELLE ALLE(E) A N'IMPORTE QUEL MOMENT A L'ECOLE /L'ECOLE MATERNELLE? 1 Oui 2 Non ↗ Ligne suiv. 8 NSP ↗ Ligne suiv.	ED10. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE, 2013-2014 A QUELS NIVEAU ET CLASSE (nom) ETAIT-IL/ELLE?			
							Niveau :	Classe:		Niveau :	Classe:		Niveau :	Classe:		
Ligne	Nom	Age	Oui Non	Niveau	Classe	Oui Non	Niveau	Classe	Oui Non NSP	Niveau	Classe	Oui Non NSP	Niveau	Classe		
01		_____	1 2	___	___	1 2	___	___	1 2 8	___	___	1 2 8	___	___		
02		_____	1 2	___	___	1 2	___	___	1 2 8	___	___	1 2 8	___	___		
03		_____	1 2	___	___	1 2	___	___	1 2 8	___	___	1 2 8	___	___		
04		_____	1 2	___	___	1 2	___	___	1 2 8	___	___	1 2 8	___	___		
05		_____	1 2	___	___	1 2	___	___	1 2 8	___	___	1 2 8	___	___		
06		_____	1 2	___	___	1 2	___	___	1 2 8	___	___	1 2 8	___	___		
07		_____	1 2	___	___	1 2	___	___	1 2 8	___	___	1 2 8	___	___		
08		_____	1 2	___	___	1 2	___	___	1 2 8	___	___	1 2 8	___	___		
09		_____	1 2	___	___	1 2	___	___	1 2 8	___	___	1 2 8	___	___		
10		_____	1 2	___	___	1 2	___	___	1 2 8	___	___	1 2 8	___	___		

11		___	1 2	___	___	1 2	___	___	1 2 8	___	___	1 2 8	___	___
12		___	1 2	___	___	1 2	___	___	1 2 8	___	___	1 2 8	___	___
13		___	1 2	___	___	1 2	___	___	1 2 8	___	___	1 2 8	___	___
14		___	1 2	___	___	1 2	___	___	1 2 8	___	___	1 2 8	___	___
15		___	1 2	___	___	1 2	___	___	1 2 8	___	___	1 2 8	___	___

Codes Niveau et classe ED4, ED6,ED8						
0 : Maternelle	1 : Primaire	2 : Collège	3 : Lycée	4 : Prof A	5 : Prof B	6 : Supérieur
	01 : 1 ^{ère} Année 02 : 2 ^{ème} Année 03 : 3 ^{ème} Année 04 : 4 ^{ème} Année 05 : 5 ^{ème} Année 06 : 6 ^{ème} Année	07 : 7 ^{ème} Année 08 : 8 ^{ème} Année 09 : 9 ^{ème} Année 10 : 10 ^{ème} Année	11 : 11 ^{ème} Année 12 : 12 ^{ème} Année 13 : Terminale	01 : 1 ^{ère} Année 02 : 2 ^{ème} Année 03 : 3 ^{ème} Année	01 : 1 ^{ère} Année 02 : 2 ^{ème} Année 03 : 3 ^{ème} Année	01 : 1 ^{ère} Année 02 : 2 ^{ème} Année 03 : 3 ^{ème} Année 04 : 4 ^{ème} Année 05 : 5 ^{ème} Année 06 : 6 ^{ème} Année

SELECTION D'UN ENFANT POUR LE TRAVAIL DES ENFANTS/DISCIPLINE DES ENFANTSSL

SL1. Vérifier HL6 dans la liste des membres du ménage et écrire le nombre total d'enfants de 1-17 ans.

Nombre total

SL2. Vérifier le nombre d'enfants de 1-17 ans dans SL1:

☐ Zéro ⇒ Aller au module CARACTERISTIQUES DES MENAGES

☐ Un ⇒ Aller à SL9 et enregistrer le numéro de rang comme '1', entrer le numéro de ligne, le nom de l'enfant et son âge

☐ Deux ou plus ⇒ Continuer avec SL2A

SL2A. Lister chaque enfant âgé de 1-17 ans ci-dessous dans l'ordre dans lequel ils apparaissent dans la liste des membres du ménage. N'incluez pas d'autres membres du ménage en dehors du groupe d'âge 1-17 ans. Enregistrer le numéro de ligne, le nom, le sexe et l'âge de chaque enfant.

SL3. Numéro de rang	SL4. Numéro de ligne de HL1	SL5. Nom de HL2	SL6. Sexe de HL4		SL7. Age de HL6
Rang	Ligne	Nom	M	F	Age
1	_____		1	2	_____
2	_____		1	2	_____
3	_____		1	2	_____
4	_____		1	2	_____
5	_____		1	2	_____
6	_____		1	2	_____
7	_____		1	2	_____
8	_____		1	2	_____

SL8. Vérifier le dernier chiffre du numéro du ménage (HH2) sur la page de couverture. C'est le numéro de la ligne du tableau ci-dessous sur laquelle vous devez aller.

Vérifier le nombre total d'enfants de 1-17 ans dans SL1 ci-dessus. C'est le numéro de colonne du tableau ci-dessous sur lequel vous devez aller.

Trouver la case où la ligne et la colonne se croisent et encercler le numéro qui apparaît dans la case. C'est le numéro de rang (SL3) de l'enfant sélectionné.

Dernier chiffre du numéro de ménage (de HH2)	Nombre total d'enfants éligibles dans le Ménage (de SL1)						
	2	3	4	5	6	7	8+
0	2	2	4	3	6	5	4
1	1	3	1	4	1	6	5
2	2	1	2	5	2	7	6
3	1	2	3	1	3	1	7
4	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	3	5	3	1
6	2	2	2	4	6	4	2
7	1	3	3	5	1	5	3
8	2	1	4	1	2	6	4
9	1	2	1	2	3	7	5

SL9. Enregistrer le numéro de rang (SL3), le numéro de ligne (SL4), le nom (SL5) et l'âge (SL7) de l'enfant sélectionné

Numéro de rang

Numéro de ligne

Nom

Age

TRAVAIL DES ENFANTS		CL
CL1. Vérifier l'âge de l'enfant sélectionné à SL9: <input type="checkbox"/> 1-4 ans ⇒ Aller au module suivant <input type="checkbox"/> 5-17 ans ⇒ Continuer avec CL2		
CL2. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE TOUT TRAVAIL QUE LES ENFANTS DE CE MENAGE PEUVENT FAIRE. DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DERNIER, (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE FAIT UNE DES ACTIVITES SUIVANTES, MEME SI C'EST PENDANT UNE HEURE SEULEMENT? [A] EST-CE QUE (<i>nom</i>) A TRAVAILLE SUR PROPRE TERRAIN/FERME/POTAGER OU AIDE SUR CELUI DU MENAGE OU S'EST OCCUPE DES ANIMAUX. PAR EXEMPLE : FAIRE POUSSER DES PRODUITS DE LA FERME, LES RECOLTER, NOURRIR LES ANIMAUX, LES EMMENER AU PATURAGE OU LES TRAIRE? [B] EST-CE QUE (<i>nom</i>) A AIDE DANS L'ENTREPRISE FAMILIALE, CELLE D'AUTRES PARENTS AVEC OU SANS PAIEMENT OU A TRAVAILLE DANS SA PROPRE ENTREPRISE ? [C] EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRODUIT, VENDU DES ARTICLES, DES PRODUITS ARTISANAUX, DES VETEMENTS, DE LA NOURRITURE OU DES PRODUITS AGRICOLES ? [D] DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DERNIER, (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE ETE ENGAGE(E) DANS N'IMPORTE QUELLE AUTRE ACTIVITE EN ECHANGE DE PAIEMENT EN ESPECES OU EN NATURE, MEME POUR UNE SEULE HEURE? <i>Si "Non", Insister :</i> SVP, INCLURE N'IMPORTE QUELLE ACTIVITE QUE (<i>nom</i>) A PU FAIRE COMME EMPLOYE REGULIER OU OCCASIONNEL, POUR SA PROPRE ENTREPRISE OU COMME EMPLOYEUR, OU COMME TRAVAILLEUR FAMILIAL NON PAYE POUR AIDER DANS LES AFFAIRES DU MENAGE OU A LA FERME.	O N A travaillé sur terrain/ferme/potager ou s'est occupé des animaux 1 2 A aidé dans entreprise familiale/ d'un autre parent/dans sa propre affaire 1 2 A produit/vendu des articles/ de l'artisanat/des vêtements/ nourriture ou des produits agricoles 1 2 Toute autre activité 1 2	
CL3. Vérifier CL2, A à D <input type="checkbox"/> Il y a au moins un 'Oui' ⇒ Continuer avec CL4 <input type="checkbox"/> Toutes les réponses sont 'Non' ⇒ Aller à CL8		
CL4. DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DERNIER, A PEU PRES COMBIEN D'HEURES AU TOTAL EST-CE QUE (<i>nom</i>) A TRAVAILLE SUR CETTE ACTIVITE/CES ACTIVITES? <i>Si moins d'1 heure, noter '00'</i>	Nombre d'heures	

<p>CL7. COMMENT DECRIRIEZ-VOUS L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL DE (<i>nom</i>)?</p> <p>[A] EST-CE QUE(<i>nom</i>) EST EXPOSE A LA POUSSIÈRE/FUMÉES OU GAZ ?</p> <p>[B] EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST EXPOSE AU FROID, A LA CHALEUR OU A DE L'HUMIDITÉ EXTREME?</p> <p>[C] EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST EXPOSE A DES BRUITS INTENSES OU DES VIBRATIONS?</p> <p>[D] EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST EXPOSE A UN TRAVAIL EN HAUTEUR ?</p> <p>[E] EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST EXPOSE A DES PRODUITS CHIMIQUES (PESTICIDES, COLLES, ETC.) OU A DES EXPLOSIFS?</p> <p>[F] EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST EXPOSE A D'AUTRES CHOSSES, PROCÉDES OU CONDITIONS MAUVAISES POUR SA SANTÉ OU SA SÉCURITÉ?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2</p> <p>Oui..... 1 Non..... 2</p> <p>Oui..... 1 Non..... 2</p> <p>Oui..... 1 Non..... 2</p> <p>Oui..... 1 Non..... 2</p> <p>Oui..... 1 Non..... 2</p>	<p>1⇒ CL8</p> <p>1⇒ CL8</p> <p>1⇒ CL8</p> <p>1⇒ CL8</p> <p>1⇒ CL8</p>
<p>CL5. EST-CE QUE CETTE ACTIVITÉ/CES ACTIVITÉS NECESSITE(NT) DE PORTER DES CHARGES LOURDES ?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2</p>	<p>1⇒ CL8</p>
<p>CL6. EST-CE QUE CETTE ACTIVITÉ/CES ACTIVITÉS NECESSITE(NT) DE TRAVAILLER AVEC DES OUTILS DANGEREUX (COUTEAUX, ETC.) OU DE FAIRE FONCTIONNER DES GROSSES MACHINES ?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2</p>	<p>1⇒ CL8</p>
<p>CL8. DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DERNIER, (<i>nom</i>) EST-IL /ELLE ALLE CHERCHER DE L'EAU OU RAMASSER DU BOIS POUR LE MÉNAGE ?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2</p>	<p>2⇒ CL1 0</p>
<p>CL9. AU TOTAL, DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DERNIER, COMBIEN D'HEURES (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PASSE A CHERCHER DE L'EAU OU A RAMASSER DU BOIS POUR LE MÉNAGE ?</p> <p><i>Si moins d'une heure, enregistrer "00"</i></p>	<p>Nombre d'heures — —</p>	

<p>CL10. DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DERNIER, EST-CE QUE (<i>nom</i>) A FAIT UNE DES TACHES SUIVANTES POUR LE MENAGE :</p> <p>[A] DES ACHATS POUR LE MENAGE?</p> <p>[B] REPARER N'IMPORTE QUEL EQUIPEMENT DU MENAGE?</p> <p>[C] CUISINER OU NETTOYER DES USTENSILES OU LA MAISON ?</p> <p>[D] LAVER LES VETEMENTS?</p> <p>[E] PRENDRE SOIN DES ENFANTS?</p> <p>[F] PRENDRE SOIN DES PERSONNES AGEES OU MALADES ?</p> <p>[G] AUTRES TACHES POUR LE MENAGE ?</p>	<p style="text-align: right;">O N</p> <p>Achats pour le ménage 1 2</p> <p>Réparations d'équipement..... 1 2</p> <p>Cuisiner /laver ustensiles/maison 1 2</p> <p>Laver les vêtements 1 2</p> <p>Prendre soin des enfants 1 2</p> <p>Prendre soins des âgés/des malades.. 1 2</p> <p>Autres taches 1 2</p>	
<p>CL11. Vérifier CL10, A à G</p> <p><input type="checkbox"/> Il y a au moins un 'Oui' ⇒ Continuer avec CL12</p> <p><input type="checkbox"/> Toutes les réponses sont 'Non' ⇒ Aller au Module suivant</p>		
<p>CL12. DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DERNIER, COMBIEN D'HEURES A PEU PRES, (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PASSE DANS CETTE/CES ACTIVITE(S)?</p> <p><i>Si moins d'1 heure, noter '00'</i></p>	<p>Nombres d'heures..... _ _</p>	

DISCIPLINE DE L'ENFANT		CD
CD1. Vérifier l'âge de l'enfant sélectionné à partir de SL9 : <input type="checkbox"/> 1-14 ans ⇒ Continuer avec CD2 <input type="checkbox"/> 15-17 ans ⇒ Aller au module suivant		
CD2. Inscrire le numéro de ligne et le nom de l'enfant à partir de SL9.	Numéro de Ligne — — Nom	
CD3. LES ADULTES UTILISENT CERTAINS MOYENS POUR APPRENDRE AUX ENFANTS A BIEN SE COMPORTER OU POUR TRAITER DES PROBLEMES DE COMPORTEMENT. JE VAIS VOUS LIRE UNE LISTE DE METHODES QUI SONT UTILISEES ET J'AIMERAIS QUE VOUS ME DISIEZ SI VOUS AVEZ OU QUELQU'UN D'AUTRE DE VOTRE MENAGE A UTILISE UNE DE CES METHODES AVEC (nom) AU COURS DU MOIS DERNIER.	<div style="text-align: right;">O N</div>	
[A] RETIRER DES PRIVILEGES, INTERDIRE QUELQUE CHOSE QUE (nom) AIME FAIRE OU NE PAS LUI PERMETTRE DE QUITTER LA MAISON.	Retirer des privilèges	1 2
[B] EXPLIQUER A (nom) POURQUOI SON COMPORTEMENT N'EST PAS ACCEPTABLE.	Expliquer le mauvais comportement	1 2
[C] LE/LA SECOUER	Le/la secouer	1 2
[D] HURLER, LUI CRIER DESSUS	Hurler, lui crier dessus	1 2
[E] LUI DONNER QUELQUE CHOSE D'AUTRE A FAIRE.	Donner quelque chose d'autre à faire	1 2
[F] LUI DONNER UNE FESSEE, LE FRAPPER OU LE TAPER SUR LES FESSES A MAIN NUES.	Donner une fessée, frapper ou taper sur les fesses avec mains nues	1 2
[G] LE/LA FRAPPER SUR LES FESSES OU SUR D'AUTRES PARTIES DU CORPS AVEC QUELQUE CHOSE TEL CEINTURE, BROUSSE A CHEVEUX, BATON OU AUTRE OBJET DUR.	Frapper avec ceinture, brosse, bâton ou autres objets durs	1 2
[H] LE/LA TRAITER D'IDIOT, DE PARESSEUX OU D'UN AUTRE NOM COMME ÇA.	Le/la traiter d'idiot, paresseux, ou d'autres noms	1 2
[I] LE/LA FRAPPER OU LE/LA GIFLER SUR LE VISAGE, LA TETE OU LES OREILLES.	Le/la frapper/gifler sur le visage, la tête ou les oreilles	1 2
[J] LE/LA FRAPPER OU LE/LA TAPER SUR LES MAINS, LES BRAS OU LES JAMBES.	Le/la frapper/taper sur les mains, bras ou jambes	1 2
[K] LE/LA BATTRE, C'EST-A-DIRE LE/LA FRAPPER ENCORE ET ENCORE AUSSI FORT QUE POSSIBLE.	Le/la battre, frapper encore et encore aussi fort que possible	1 2
CD4. PENSEZ-VOUS QUE POUR ELEVER OU EDUQUER CORRECTEMENT UN ENFANT, IL EST NECESSAIRE QU'IL SOIT PUNI PHYSIQUEMENT ?	Oui 1 Non 2 NSP/ Sans opinion 8	

CARACTERISTIQUES DES MENAGES		
HC1A. QUELLE EST LA RELIGION DU CHEF DE CE MENAGE ?	Musulman	1
	Chrétien	2
	Animiste	3
	Autre religion (<i>préciser</i>)	6
	Sans religion	7
HC1B. QUELLE EST LA LANGUE MATERNELLE DU CHEF DE CE MENAGE ?	Soussou	01
	Poular	02
	Maninka	03
	Kissi	04
	Toma	05
	Guerzé/Kono/Mano	06
	Autre (<i>préciser</i>)	96
HC1C. QUELLE LANGUE PARLE –T– ON PRINCIPALEMENT DANS CE MENAGE ?	Soussou	01
	Poular	02
	Maninka	03
	Kissi	04
	Toma	05
	Guerzé /Kono/Mano	06
	Autre (<i>préciser</i>)	96
HC2. DANS CE MENAGE, COMBIEN DE PIECES UTILISEZ-VOUS POUR DORMIR ?	Nombre de pièces	— —
HC3. <i>Principal matériau du sol</i> <i>Enregistrer l'observation.</i>	Matériau naturel	
	Terre/sable	11
	Bouse	12
	Matériau rudimentaire	
	Planche en bois	21
	Palmes/bambou	22
	Matériau fini	
	Parquet ou bois ciré	31
	Vinyle ou asphalte	32
	Carrelage	33
	Ciment	34
	Moquette	35
	Autre (<i>préciser</i>)	96
HC4. <i>Principal matériau du toit</i> <i>Enregistrer l'observation</i>	Matériau naturel	
	Pas de toit	11
	Chaume/feuille de palmier	12
	Herbes	13
	Matériau rudimentaire	
	Natte	21
	Palmes / Bambou	22
	Planches en bois	23
	Carton	24
	Matériau fini	
	Tôle/Métal	31
	Bois	32
	Zinc / Fibre de ciment	33
	Tuiles	34
	Béton/Ciment	35
	Shingles	36

	Autre (<i>préciser</i>) _____ 96	
HC5. Principal matériau des murs extérieurs. <i>Enregistrer l'observation.</i>	Matériau naturel Pas de murs11 Canne / Palmes / troncs12 Mottes de terre13 Matériau rudimentaire Bambou avec boue21 Pierre avec boue22 Adobe non recouvert23 Contre-plaqué.....24 Carton25 Bois de récupération26 Matériau fini Ciment31 Pierre avec chaux/ciment32 Briques33 Blocs de ciment34 Adobe recouvert35 Planches de bois/shingles.....36 Autre (<i>préciser</i>) _____ 96	
HC6. DANS VOTRE MENAGE, QUEL TYPE DE COMBUSTIBLE UTILISEZ-VOUS PRINCIPALEMENT POUR LA CUISINE ?	Électricité01 Gaz02 Pétrole/Kérosène.....05 Charbon de bois07 Bois.....08 Paille/branchages/herbes09 Pas de repas préparé dans le ménage95 Autre (<i>préciser</i>) _____ 96	01⇒H C8 02⇒H C8 05⇒H C8 95⇒H C8
HC7. LA CUISINE EST-ELLE HABITUELLEMENT FAITE DANS LA MAISON, DANS UN BATIMENT SEPARÉ OU A L'EXTERIEUR ? <i>Si 'Dans la maison', insister:</i> EST-ELLE FAITE DANS UNE PIECE SEPARÉE UTILISÉE COMME CUISINE ?	Dans la maison Dans une pièce séparée utilisée comme cuisine1 Ailleurs dans la maison2 Dans un bâtiment séparé3 À l'extérieur4 Autre (<i>préciser</i>) _____ 6	
HC8. DANS VOTRE MENAGE AVEZ-VOUS :	<div style="text-align: right;">Oui No</div> [A] L'ELECTRICITE? Electricité1 2 [B] LA RADIO? Radio1 2 [C] LA TELEVISION? Télévision1 2 [E] UN REFRIGERATEUR/CONGELATEUR? Réfrigérateur/congélateur1 2 [F] UN GROUPE ELECTROGENE Groupe électrogène.....1 2	

<p>[G] UN PANNEAU SOLAIRE</p> <p>[H] UNE CHARRUE</p> <p>[I] UN VENTILATEUR</p> <p>[J] UN CLIMATISEUR</p> <p>[K] UNE ANTENNE PARABOLIQUE/DECODEUR</p> <p>[L] UN LECTEUR VCD/DVD</p> <p>[M] UNE POMPE ELECTRIQUE/MOTOPOMPE</p>	<p>Panneau solaire 1 2</p> <p>Charrue 1 2</p> <p>Ventilateur 1 2</p> <p>Climatiseur 1 2</p> <p>Parabolique/Décodeur..... 1 2</p> <p>Lecteur VCD/DVD 1 2</p> <p>Motopompe 1 2</p>	
<p>HC9. EST-CE QU'UN MEMBRE DE VOTRE MENAGE POSSEDE :</p> <p>[H] UN TELEPHONE SMART PHONE ?</p> <p>[B] UN AUTRE TYPE DE TELEPHONE MOBILE ?</p> <p>[C] UNE BICYCLETTE/VELO?</p> <p>[D] UNE MOTO OU UN SCOOTER ?</p> <p>[E] UNE CHARRETTE TIREE PAR UN ANIMAL ?</p> <p>[F] UNE VOITURE OU UN CAMION ?</p> <p>[G] UN BATEAU A MOTEUR ?</p> <p>[I] UN FUSIL DE CHASSE ?</p> <p>[J] UN ARMOIRE/BIBLIOTHEQUE ?</p> <p>[K] UN ORDINATEUR ?</p>	<p style="text-align: right;">Oui Non</p> <p>Téléphone smart phone 1 2</p> <p>Autre Téléphone mobile 1 2</p> <p>Bicyclette/vélo 1 2</p> <p>Moto / Scooter 1 2</p> <p>Charrette avec animal 1 2</p> <p>Voiture/Camion..... 1 2</p> <p>Bateau à moteur..... 1 2</p> <p>Fusil de chasse 1 2</p> <p>Armoire/bibliothèque 1 2</p> <p>Ordinateur 1 2</p>	
<p>HC10. EST-CE QUE VOUS OU QUELQU'UN D'AUTRE VIVANT DANS CE MENAGE EST PROPRIETAIRE DE CE LOGEMENT ?</p> <p><i>Si "Non", demander :</i> LOUEZ-VOUS CE LOGEMENT DE QUELQU'UN QUI NE VIT PAS DANS CE MENAGE ?</p> <p><i>Si "Loué de quelqu'un d'autre", encercler "2". Pour les autres réponses encercler "6".</i></p>	<p>Propriétaire 1</p> <p>Location 2</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) 6</p>	
<p>HC11. EST-CE QU'UN MEMBRE DE CE MENAGE POSSEDE DE LA TERRE QUI PEUT ETRE UTILISEE POUR L'AGRICULTURE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	<p>2⇒HC 13</p>
<p>HC12. COMBIEN D'HECTARES DE TERRES AGRICOLES LES MEMBRES DE CE MENAGE POSSEDENT-ILS ?</p> <p><i>Si moins de 1, enregistrer '00'. Si 95 ou</i></p>	<p>Hectares _ _</p>	

<i>plus, enregistrer '95'. Si inconnu, enregistrer '98'.</i>		
HC13. EST-CE QUE CE MENAGE POSSEDE DU BETAAIL, DES TROUPEAUX, D'AUTRES ANIMAUX DE FERME OU DE LA VOLAILLE ?	Oui 1 Non 2	2⇒HC 15

HC14. PARMI LES ANIMAUX SUIVANTS, COMBIEN VOTRE MENAGE POSSEDE-T-IL DE : [A] TETES DE BETAAIL/BŒUFS ? [B] CHEVAUX, ANES? [C] CHEVRES ? [D] MOUTONS ? [E] POULETS ? [G] CANARDS/PINTADES? [H] PORCS? <i>Si aucun, enregistrer '00'. Si 95 ou plus, enregistrer '95'. Si inconnu, enregistrer '98'.</i>	Bœufs/vaches.....__ __ Chevaux, ânes__ __ Chèvres__ __ Moutons.....__ __ Poulets.....__ __ Canards / Pintades__ __ Porcs__ __	
HC15. EST-CE QU'UN MEMBRE DE CE MENAGE A UN COMPTE EN BANQUE ?	Oui 1 Non..... 2	

MOUSTIQUAIRE IMPREGNEE		
TN1. EST-CE QUE VOTRE MENAGE POSSEDE DES MOUSTIQUAIRES QUI PEUVENT ETRE UTILISEES POUR DORMIR ?	Oui1 Non2	2⇒ Module suivant
TN2. COMBIEN DE MOUSTIQUAIRES VOTRE MENAGE POSSEDE-T-IL ?	Nombre de moustiquaires ____ ____	
TN3. Demander à l'enquêté de vous montrer les moustiquaires du ménage. S'il y en a plus de 3, utiliser un ou des questionnaires supplémentaires.		

	1 ^{ère} Moustiquaire	2 ^{ème} Moustiquaire	3 ^{ème} Moustiquaire
TN4. Moustiquaire observée?	Observée accrochée 1 Observée non accr..... 2 Non observée..... 3	Observée accrochée 1 Observée non accr..... 2 Non observée..... 3	Observée accrochée 1 Observée non accr..... 2 Non observée..... 3
TN5. Observer ou demander le type de moustiquaire <i>Si la marque n'est pas connue et que vous ne pouvez pas observer la moustiquaire, montrer à l'enquêté(e) des photos de marques/types courants de moustiquaires.</i>	Moustiquaire imprégnée de longue durée MILDA..... 11 Moustiquaire pré imprégnées..... 21 Autre moustiquaire (préciser 36 NSP marque / type..... 98	Moustiquaire imprégnée de longue durée MILDA..... 11 Moustiquaire pré imprégnées..... 21 Autre moustiquaire (préciser 36 NSP marque / type..... 98	Moustiquaire imprégnée de longue durée MILDA..... 11 Moustiquaire pré imprégnées..... 21 Autre moustiquaire (préciser 36 NSP marque / type..... 98
TN5X. Vérifier si moustiquaire observée à TN4 :			
<input type="checkbox"/> Si oui ⇒ Continuer avec TN5A <input type="checkbox"/> Si non ⇒ Aller à TN6			
TN5A. Observer dans quel état est la moustiquaire?	Bon état 1 Mauvais 2 Ne sait pas 8	Bon état 1 Mauvais..... 2 Ne sait pas 8	Bon état 1 Mauvais 2 Ne sait pas 8
TN5B. Observer la forme de la moustiquaire?	Rectangulaire..... 1 Conique 2 Ne sait pas 8	Rectangulaire..... 1 Conique..... 2 Ne sait pas 8	Rectangulaire..... 1 Conique 2 Ne sait pas 8
TN6. DEPUIS COMBIEN DE MOIS VOTRE MENAGE A-T-IL CETTE MOUSTIQUAIRE?	Mois ____ ____ Plus de 36 mois 95 NSP / Pas sûr 98	Mois ____ ____ Plus de 36 mois..... 95 NSP / Pas sûr..... 98	Mois ____ ____ Plus de 36 mois 95 NSP / Pas sûr 98

<i>Si moins d'un mois, enregistrer '00'</i>			
TN6A. LA FORME INITIALE DE CETTE MOUSTIQUAIRE A-T-ELLE ETE CHANGEE PAR EXEMPLE DE RECTANGULAIRE A CONIQUE OU VICE-VERSA ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 8	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 8	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 8
TN7. Vérifier TN5 pour le type de moustiquaire	<input type="checkbox"/> Longue durée (11) ⇒ TN11	<input type="checkbox"/> Longue durée (11) ⇒ TN11	<input type="checkbox"/> Longue durée (11) ⇒ TN11
TN9. DEPUIS QUE VOUS AVEZ CETTE MOUSTIQUAIRE, A-T-ELLE ETE TREMPEE OU PLONGEE DANS UN LIQUIDE QUI TUE OU ELOIGNE LES MOUSTIQUES ?	Oui 1 Non 2 ⇒ TN11 NSP / Pas sûr 8 ⇒ TN11	Oui 1 Non 2 ⇒ TN11 NSP / Pas sûr 8 ⇒ TN11	Oui 1 Non 2 ⇒ TN11 NSP / Pas sûr 8 ⇒ TN11
TN10. IL Y A COMBIEN DE MOIS QUE LA MOUSTIQUAIRE A ETE TREMPEE OU PLONGEE POUR LA DERNIERE FOIS ? <i>Si moins d'un mois, enregistrer '00'.</i>	Mois Plus de 24 mois 95 NSP / Pas sûr 98	Mois Plus de 24 mois 95 NSP / Pas sûr 98	Mois Plus de 24 mois 95 NSP / Pas sûr 98
TN11. EST- CE QUE QUELQU'UN A DORMI SOUS CETTE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE?	Oui 1 Non 2 ⇒ TN12A NSP / Pas sûr 8 ⇒ TN12B	Oui 1 Non 2 ⇒ TN12A NSP / Pas sûr 8 ⇒ TN12B	Oui 1 Non 2 ⇒ TN12A NSP / Pas sûr 8 ⇒ TN12B
TN12. QUI A DORMI SOUS CETTE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE? <i>Enregistrer le numéro de ligne de la personne à partir de la feuille d'enregistrement du ménage.</i> <i>Si une personne</i>	Nom Numéro de ligne... .. Nom Numéro de ligne... .. Nom Numéro de ligne... ..	Nom Numéro de ligne... .. Nom Numéro de ligne... .. Nom Numéro de ligne... ..	Nom Numéro de ligne Nom Numéro de ligne Nom Numéro de ligne

PULVERISATION INTRA-DOMICILIAIRE		IR
IR1. EST-CE QU'AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, QUELQU'UN EST VENU DANS VOTRE LOGEMENT POUR PULVERISER LES MURS INTERIEURS CONTRE LES MOUSTIQUES?	Oui 1	2⇒IR3
	Non 2	
	NSP 8	8⇒IR3
IR2. QUI A PULVERISE LE LOGEMENT? <i>Encercler tout ce qui est mentionné.</i>	Société minière 1	1⇒Module suivant
	Autre société privée 2	2⇒Module suivant
	Croix Rouge 3	3⇒Module suivant
	Autre (<i>préciser</i>) 6	4⇒Module suivant
	NSP 8	8⇒Module suivant
IR3. ACCEPTERIEZ-VOUS QUE L'ON PULVERISE VOTRE DOMICILE POUR TUER LES MOUSTIQUES QUI TRANSMETTENT LE PALUDISME?	Oui 1	1⇒ Module suivant
	Non 2	
	NSP 8	8⇒ Module suivant
IR4. POUR QUELLE RAISON PRINCIPALE N'ACCEPTERIEZ-VOUS PAS QU'ON PULVERISE VOTRE DOMICILE ?	Ne supporte pas l'odeur 1	
	Ça nous dérange 2	
	N'est pas efficace 3	
	Effet secondaire 4	
	Donne Ébola 5	
	Autre (<i>à préciser</i>) 6	

DECES D'UN MEMBRE DU MENAGE

DC

DC0. Y-A-T-IL EU DES DECES DE MEMBRES HABITUELS DE CE MENAGE AU COURS DES 3 DERNIERES ANNEES Y COMPRIS MEME DES ENFANTS DECEDES JUSTE APRES LA NAISSANCE ? **Oui = 1 ; Non = 2** _

Si Oui, compléter la liste ci-dessous pour toutes les questions DC1 à DC9. Utiliser un questionnaire supplémentaire s'il y a eu plus de 5 décès dans les 3 dernières années. Enregistrer tous les décès par ordre chronologique, même ceux des nourrissons qui n'auraient vécu que quelques heures ou quelques jours. Si Non, continuer avec le module suivant (Travail des enfants)

TOUTE PERSONNE DECEDEE								ENFANT DECEDE AVANT 5 ANS						
DC1. NUM DE LIGNE	DC2. QUEL SONT LES NOM ET PRENOM DE LA PERSONNE DECEDEE ?	DC3. (Nom) ETAIT-IL UN HOMME OU UNE FEMME (UN GARÇON OU UNE FILLE)?	DC4. QUELLE EST LA DATE DE NAISSANCE DE (Nom)? <i>Insister pour obtenir le mois et l'année</i>		DC5. QUELLE EST LA DATE DE DECES DE (Nom)? <i>Insister pour obtenir le mois et l'année</i>		DC6. QUEL AGE AVAIT (Nom) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ? <i>Noter en jours si décédé à moins d'1 mois; Noter en mois si moins de 2 ans ; ou en années</i> <i>Si décédé avant 5 ans, passer à DC7. Sinon, passer à la ligne suivante</i>		DC7. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (Nom) EST VIVANTE ? 1 Oui 2 Non <input type="checkbox"/> DC9 8 NSP <input type="checkbox"/> DC9			DC8. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (Nom) VIT DANS CE MENAGE? <i>Si "Oui"</i> <i>Noter son num. ligne de HL1 et aller à la ligne suivante. Si "Non", noter 00 et aller à DC9</i>		DC9. A PART SA MERE, QUI ETAIT DANS CE MENAGE, LA PERSONNE LA PLUS PROCHE DE (Nom) AU MOMENT DE SON DECES ? <i>Noter son num. ligne et aller à la ligne suivante. Si personne ou NSP, noter 00</i>
Ligne	Nom, prénom	H F	Mois	Année	Mois	Année	Unité	Age	O N NSP	Ligne	Ligne			
01		1 2	__ __	__ __ __ __	__ __	__ __ __ __	Jours 1 Mois 2 Ans 3	__ __	1 2 8	__ __	__ __			
02		1 2	__ __	__ __ __ __	__ __	__ __ __ __	Jours 1 Mois 2 Ans 3	__ __	1 2 8	__ __	__ __			
03		1 2	__ __	__ __ __ __	__ __	__ __ __ __	Jours 1 Mois 2 Ans 3	__ __	1 2 8	__ __	__ __			
04		1 2	__ __	__ __ __ __	__ __	__ __ __ __	Jours 1 Mois 2 Ans 3	__ __	1 2 8	__ __	__ __			
05		1 2	__ __	__ __ __ __	__ __	__ __ __ __	Jours 1 Mois 2 Ans 3	__ __	1 2 8	__ __	__ __			

EAU ET ASSAINISSEMENT		WS
WS1. D'OU PROVIENT <u>PRINCIPALEMENT</u> L'EAU QUE BOIVENT LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE ?	Robinet	
	Dans le logement 11	11⇒WS6
	Dans concession, cour ou parcelle 12	12⇒WS6
	Robinet du voisin 13	13⇒WS6
	Robinet public / Borne fontaine 14	14⇒WS3
	Puits à pompe, Forage 21	21⇒WS3
	Puits creusé	
	Puits protégé 31	31⇒WS3
	Puits non protégé 32	32⇒WS3
	Eau de source	
	Source protégée 41	41⇒WS3
	Source non protégée 42	42⇒WS3
	Eau de pluie 51	51⇒WS3
	Camion-citerne 61	61⇒WS3
	Charrette avec petite citerne / tonneau 71	71⇒WS3
	Eau de surface (rivière, fleuve, barrage, lac, mare, canal, canal d'irrigation) 81	81⇒WS3
	Eau en bouteille 91	
	Eau en sachet 92	
	Autre (<i>préciser</i>) 96	96⇒WS3
WS2. D'OU PROVIENT <u>PRINCIPALEMENT</u> L'EAU UTILISEE PAR VOTRE MENAGE POUR D'AUTRES CHOSES COMME CUISINER ET SE LAVER LES MAINS ?	Robinet	
	Dans le logement 11	11⇒WS6
	Dans quartier, cour ou parcelle 12	12⇒WS6
	Robinet du voisin 13	13⇒WS6
	Robinet public / Borne fontaine 14	
	Puits à pompe, Forage 21	
	Puits creusé	
	Puits protégé 31	
	Puits non protégé 32	
	Eau de source	
	Source protégée 41	
	Source non protégée 42	
	Eau de pluie 51	
	Camion-citerne 61	
	Charrette avec petite citerne / tonneau 71	
	Eau de surface (rivière, fleuve, barrage, lac, mare, canal, canal d'irrigation) 81	
	Autre (<i>préciser</i>) 96	
WS3. OU CETTE SOURCE D'APPROVISIONNEMENT EN EAU EST- ELLE SITUÉE ?	Dans logement 1	1⇒WS6
	Dans cour / parcelle 2	2⇒WS6
	Ailleurs 3	
WS4. COMBIEN DE TEMPS FAUT-IL POUR S'Y RENDRE, PRENDRE DE L'EAU ET REVENIR ?	Nombre de minutes _ _ _	
	NSP 998	

WS5. QUI SE REND HABITUELLEMENT A CETTE SOURCE D'APPROVISIONNEMENT POUR PRENDRE L'EAU POUR VOTRE MENAGE ? <i>Insister:</i> EST-CE QUE CETTE PERSONNE A MOINS DE 15 ANS ? DE QUEL SEXE ?	Femme adulte (de 15 ans ou plus) 1 Homme adulte (de 15 ans ou plus) 2 Jeune fille (moins de 15 ans)..... 3 Jeune garçon (moins de 15 ans) 4 NSP 8	
WS6. FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE A L'EAU POUR LA RENDRE PLUS SAINA A BOIRE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒WS8 8⇒WS8
WS7. HABITUELLEMENT, QUE FAITES-VOUS POUR RENDRE L'EAU QUE VOUS BUVEZ PLUS SAINA ? <i>Insister :</i> AUTRE CHOSE ? <i>Enregistrer tout ce qui est mentionné.</i>	Faire bouillir A Ajouter eau de Javel /chlore/Sur' eau..... B Filtrer à travers un linge C Utiliser un filtre ordinaire (sable, gravier composite, etc.)..... D Désinfection solaire E Laisser reposer F Utiliser un filtre industriel..... G Autre (<i>préciser</i>) X NSP Z	
WS8. HABITUELLEMENT, QUEL TYPE DE TOILETTES LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE UTILISENT-ILS ? <i>Si "chasse d'eau" ou "chasse d'eau manuelle", insister:</i> OU VONT LES EAUX USEES ? <i>Si pas possible de déterminer le type de toilettes, demander la permission de voir les toilettes.</i>	Chasse d'eau avec ou sans réservoir d'eau : Connectée à système d'égouts 11 Connectée à fosse septique 12 Reliée à des latrines 13 NSP 18 Fosses/latrines Latrines améliorées ventilées (LAV) 21 Latrines à fosses avec dalle 22 Latrines à fosses sans dalle/trou ouvert 23 Toilettes à compostage..... 31 Seaux..... 41 Toilettes/latrines suspendues 51 Pas de toilettes/Brousse/Nature 95 Autre (<i>préciser</i>) 96	 95⇒Module suivant
WS9. PARTAGEZ-VOUS CES TOILETTES AVEC D'AUTRES PERSONNES QUI NE SONT PAS MEMBRES DE VOTRE MENAGE ?	Oui 1 Non 2	2⇒Module suivant
WS10. PARTAGEZ-VOUS CES TOILETTES SEULEMENT AVEC DES MEMBRES D'AUTRES MENAGES QUE VOUS CONNAISSEZ, OU EST-CE QUE N'IMPORTE QUI PEUT UTILISER CES TOILETTES ?	Autres ménages seulement (pas publiques)1 Toilettes publiques 2	 2⇒Module suivant
WS11. AU TOTAL, COMBIEN DE MENAGES, Y COMPRIS VOTRE MENAGE, UTILISENT CES TOILETTES ?	Nombre de ménages (si moins de 10) . 0 ____ Dix ménages ou plus 10 NSP 98	

LAVAGE DES MAINS		HW
HW1. J'AIMERAI SAVOIR QUELS SONT LES ENDROITS QUE LES MENAGES UTILISENT POUR SE LAVER LES MAINS. MONTREZ-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, OU LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE SE LAVENT LES MAINS LA PLUPART DU TEMPS.	Observé1 Pas observé Pas dans le logement/terrain/jardin/cour .2 Pas de permission de voir3 Observé objet mobile (bouilloire/Pot)4 Autre (préciser) 6	 2 ⇨ HW4 3 ⇨ HW4 4 ⇨ HW4 6 ⇨ HW4
HW2. Observer s'il y a de l'eau au lieu spécifique de lavage des mains <i>Contrôler en vérifiant s'il y a de l'eau au robinet/pompe/ou bassin, dans le seau, container d'eau ou objet similaire.</i>	Eau disponible1 Eau non disponible2	
HW3A. Y a-t-il du savon, de la lessive ou de la cendre/boue/sable sur le lieu de lavage des mains ?	Oui, il y en a1 Non, il n'y en a pas2	2⇨HW4
HW3B. Enregistrer l'observation. <i>Encercler tout ce qui s'applique.</i>	Morceau/Barre de savon A Lessive (Poudre / Liquide / Pate) B Savon liquide C Cendre / Boue / Sable D	A⇨HH19 B⇨HH19 C⇨HH19 D⇨HH19
HW4. AVEZ-VOUS DU SAVON, DE LA LESSIVE OU DES CENDRES. BOUE/ SABLE DANS VOTRE MAISON POUR VOUS LAVER LES MAINS ?	Oui1 Non2	2⇨HH19
HW5A. POUVEZ-VOUS, SVP ME LE MONTRER?	Oui, montré1 Non, non montré2	2⇨HH19
HW5B. Enregistrer l'observation. <i>Encercler tout ce qui s'applique.</i>	Morceau/Barre de savon A Lessive (Poudre / Liquide / Pate) B Savon liquide C Cendre / Boue / Sable D	

HH19. Enregistrer l'heure.	Heure et minutes..... : ..	
----------------------------	----------------------------	--

IODATION DU SELSI

SI1. NOUS VOUDRIONS VERIFIER SI LE SEL QUE VOUS UTILISEZ DANS VOTRE MENAGE EST IODE. PUIS-JE AVOIR UN ECHANTILLON DE SEL UTILISE <u>POUR PREPARER LES REPAS</u> DE VOTRE MENAGE ? <i>Une fois le sel testé, encrer le code qui correspond au résultat du test.</i>	Pas iodé - 0 PPM1 Plus de 0 PPM et moins de 15 PPM2 15 PPM ou plus3 Pas de sel dans le ménage4 Sel non testé (préciser raison)5	
--	--	--

HH20. Remercier le/la répondant(e) pour sa coopération et vérifier la liste d'enregistrement des membres du ménage :

☐ Un QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME séparé a été préparé pour chaque femme de 15-49 ans qui figure dans la liste des membres du ménage (HL7)

Vérifier HH8. Si le ménage a été sélectionné pour un QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL HOMME

☐ Un QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL HOMME séparé a été préparé pour chaque homme de 15-49 ans qui figure dans la liste des membres du ménage (HL7A)

☐ Un QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL ENFANT séparé a été préparé pour chaque enfant de moins de 5 ans qui figure dans la liste des membres du ménage (HL7B)

Retourner à la page de couverture et vous assurez-vous que le résultat de l'enquête ménage (HH9), le nom et le numéro de ligne du répondant au questionnaire ménage (HH10) et le nombre de femmes éligibles (HH12), d'hommes éligibles (HH13A) et d'enfants de moins de 5 ans (HH14) sont enregistrés.

Faire les arrangements nécessaires pour l'administration des questionnaires qui restent à faire dans ce Ménage.

Observations de l'Enquêtrice

Observations du Chef d'équipe

Questionnaire individuel femme



REPUBLIQUE DE GUINEE **QUESTIONNAIRE FEMME**

Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS, 2016)

PANNEAU D'INFORMATION SUR LA FEMME		WM
Ce questionnaire doit être administré à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans (voir colonne HL7 de la liste des membres du ménage). Un questionnaire séparé doit être utilisé pour chaque femme éligible.		
WM1. Numéro de grappe : _____	WM2. Numéro de ménage : _____	
WM3. Nom de la femme : Nom _____	WM4. Numéro de ligne de la femme : _____	
WM5. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom _____	WM6. Jour / Mois / Année de l'interview : _____ / _____ / 2016	
<p><i>Si ce n'est pas déjà fait, se présenter à l'enquêtée:</i> NOUS FAISONS PARTIE (INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE). NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS PARLER AVEC VOUS DE CES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON (30) MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.</p> <p><i>Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à cette répondante, lire la phrase suivante:</i> MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE VOTRE SANTE ET D'AUTRES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON (30) MINUTES. ENCORE UNE FOIS, TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.</p>		
<p>PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, permission accordée ⇒ Aller à WM10 pour enregistrer l'heure et commencer l'entretien.</p> <p><input type="checkbox"/> Non, permission non accordée ⇒ Encercler '03' à WM7. Discuter ce résultat avec le chef d'équipe.</p>		
WM7. Résultat de l'enquête femme	Rempli.....01 Pas à la maison.....02 Refusé.....03 Partiellement rempli.....04 Incapacité.....05 Autre (préciser).....96	
WM10. Enregistrer l'heure.	Heure et minutes :	

CARACTERISTIQUES DE LA FEMME		WB
WB1. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS NEE ?	Date de naissance : Mois NSP mois.....98 Année NSP année9998	
WB2. QUEL AGE AVEZ-VOUS ? <i>Insister: QUEL AGE AVEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ? Comparer et corriger WB1 et/ou WB2 si incohérentes</i>	Âge (en années révolues).....	

ACCES AUX MEDIAS ET UTILISATION DE LA TECHNOLOGIE DEL'INFORMATION/ COMMUNICATION		
MT		
MT1. Vérifier WB7: <input type="checkbox"/> Question laissée vide (La répondante a fait des études secondaires ou supérieure) ⇒ Continuer avec <input type="checkbox"/> Est capable de lire ou pas de phrase dans une des langues demandées (WB7 = 2, 3 ou 4) ⇒ Continuer avec MT2 <input type="checkbox"/> Ne peut pas lire du tout ou aveugle (WB7 = 1 ou 5) ⇒ Passer à MT3		
MT2. A QUELLE FREQUENCE LISEZ-VOUS UN JOURNAL OU UN MAGAZINE: 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	
MT3. ECOUTEZ-VOUS LA RADIO 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	
MT4. A QUELLE FREQUENCE REGARDEZ-VOUS LA TELEVISION: DIRIEZ-VOUS 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	
MT5. Vérifier WB2: Age de la répondante ? <input type="checkbox"/> 15-24 ans ⇒ Continuer avec MT6 <input type="checkbox"/> 25-49 ans ⇒ Passer au module suivant		
MT6. AVEZ-VOUS DEJA UTILISE UN ORDINATEUR?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ MT9
MT7. AVEZ- VOUS UTILISE UN ORDINATEUR, QUEL QUE SOIT LE LIEU AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ MT9
MT8. AU COURS DU DERNIER MOIS, A QUELLE FREQUENCE AVEZ-VOUS UTILISE UN ORDINATEUR: 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	
MT9. AVEZ-VOUS DEJA UTILISE INTERNET?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ Module suivant
MT10. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS UTILISE INTERNET? <i>Si nécessaire, insister pour connaître l'utilisation quels que soient le lieu et l'appareil.</i>	Oui 1 Non 2	2 ⇒ Module suivant
MT11. AU COURS DU DERNIER MOIS, A QUELLE FREQUENCE AVEZ-VOUS UTILISE 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	

FECONDITE/HISTORIQUE DES NAISSANCES CM		
CM1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUTES LES NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES AU COURS DE VOTRE VIE. AVEZ-VOUS DÉJÀ ENFANTÉ ?	Oui1 Non2	2⇒CM8
CM4. AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES À QUI VOUS AVEZ DONNÉ NAISSANCE ET QUI VIVENT ACTUELLEMENT AVEC VOUS ?	Oui1 Non2	2⇒CM6
CM5. COMBIEN DE FILS VIVENT AVEC VOUS ? COMBIEN DE FILLES VIVENT AVEC VOUS ? <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i>	Fils à la maison Filles à la maison	
CM6. AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES À QUI VOUS AVEZ DONNÉ NAISSANCE QUI SONT EN VIE MAIS QUI NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?	Oui1 Non2	2⇒CM8
CM7. COMBIEN DE FILS SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ? COMBIEN DE FILLES SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ? <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i>	Fils ailleurs Filles ailleurs	
CM8. AVEZ-VOUS DONNÉ NAISSANCE À UN FILS OU UNE FILLE QUI EST NÉ(E) VIVANT(E) MAIS QUI EST DÉCÉDÉ(E) PAR LA SUITE ? <i>Si "Non" Insister et demander :</i> JE VEUX DIRE UN ENFANT QUI A RESPIRÉ, CRIÉ OU MONTRE D'AUTRES SIGNES DE VIE — MEME S'IL N'A VECU QUE QUELQUES MINUTES OU QUELQUES HEURES ?	Oui1 Non2	2⇒CM10
CM9. COMBIEN DE GARÇONS SONT DÉCÉDÉS ? COMBIEN DE FILLES SONT DÉCÉDÉES ? <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i>	Garçons décédés Filles décédées	
CM10. Sommer les réponses à CM5, CM7 et CM9.	Somme	
CM11. JE VOUDRAIS ÊTRE SÛRE D'AVOIR BIEN COMPRIS : VOUS AVEZ EU AU TOTAL (<i>nombre total</i>) NAISSANCES AU COURS DE VOTRE VIE. EST-CE BIEN EXACT ? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ <i>Vérifier ci-dessous :</i> <input type="checkbox"/> Pas de naissance ⇒ <i>Aller au module SYMPTÔMES DES MALADIES</i> <input type="checkbox"/> Une ou plusieurs naissances vivantes ⇒ <i>Continuer avec le module HISTORIQUE DES NAISSANCES</i> <input type="checkbox"/> Non ⇒ <i>Vérifier les réponses aux questions CM1-CM10 et faire les corrections nécessaires avant de continuer soit avec le module HISTORIQUE DES NAISSANCES soit avec le module SYMPTÔMES DES MALADIES</i>		

HISTORIQUE DES NAISSANCES	BH
MAINTENANT, JE VOUDRAIS FAIRE LA LISTE DE TOUTES VOS NAISSANCES QU'ELLES SOIENT ENCORE EN VIE OU NON, EN COMMENÇANT PAR LA PREMIERE QUE VOUS AVEZ EUE. <i>Enregistrer le nom de toutes les naissances en BH1. Enregistrer les jumeaux/triplés sur des lignes séparées. S'il y a plus de 14 naissances, utilisez un autre questionnaire.</i>	

BH NO. DE LIG NE	BH1. QUEL PRENOM A ETE DONNE A VOTRE (premier/suivant) ENFANT?	BH2. PARMI CES NAISSANCES Y AVAIT-IL DES JUMEAUX?	BH3. (Nom) EST UN GARÇON OU UNE FILLE ?	BH4. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE EST NE(E) (nom)? <i>Insister: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE?</i>		BH5. (Nom) EST- IL/ELLE TOUJOURS EN VIE?	BH6. QUEL AGE A EU (nom) A SON DERNIER ANNIVER SAIRE ? <i>Enregistrer l'âge en années révolues.</i>	BH7. EST-CE QUE (nom) HABITE AVEC VOUS ?	BH8. <i>Enregistrer num. de ligne de l'enfant (de HL1)</i> <i>Noter "00" si enfant n'est pas listé dans le ménage.</i>	BH9. <i>Si décédé : QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ? Si "1 an", insister :: QUEL AGE AVAIT (nom) EN MOIS ? - Noter en jours si moins d'1 mois; - en mois si moins de 2 ans ; en années si 2 ans ou plus</i>		BH9A. <i>Si décédé inscrivez le numéro de ligne de l'enfant à DC1 Noter 00 si l'enfant n'est pas listé dans les décès du ménage</i>	BH10. Y A-T-IL EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES ENTRE (nom de la naissance précédente) ET (nom), Y COMPRIS UN ENFANT MORT JUSTE APRES LA NAISSANCE?
Ligne	Nom	S M	G F	Mois	Année	O N	Age	O N	No de ligne	Unité	Nombre	No ligne DC1.	O N
01		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	⇒ Ligne suivante	Jours1 Mois2 Années3	___	___	
02		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	⇒ BH10	Jours1 Mois2 Années3	___	___	1 2 Ajouter Naissance Suivante.
03		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	⇒ BH10	Jours1 Mois2 Années3	___	___	1 2 Ajouter Naissance Naissance Suivante.
04		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	⇒ BH10	Jours1 Mois2 Années3	___	___	1 2 Ajouter Naissance Naissance Suivante.
05		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	⇒ BH10	Jours1 Mois2 Années3	___	___	1 2 Ajouter Naissance Naissance Suivante.
06		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒	___	1 2	⇒ BH10	Jours1 Mois2	___	___	1 2 Ajouter

BH NO. DE LIG NE	BH1. QUEL PRENOM A ETE DONNE A VOTRE (premier/suivant) ENFANT?	BH2. PARMI CES NAISSANCES Y AVAIT-IL DES JUMENTS?	BH3. (Nom) EST UN GARÇON OU UNE FILLE ?	BH4. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE EST NE(E) (nom)? Insister: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE?		BH5. (Nom) EST- IL/ELLE TOUJOURS EN VIE?	BH6. QUEL AGE A EU (nom) A SON DERNIER ANNIVER SAIRE ? <i>Enregistrer l'âge en années révolues.</i>	BH7. EST-CE QUE (nom) HABITE AVEC VOUS ?	BH8. <i>Enregistrer num. de ligne de l'enfant (de HL1)</i> <i>Noter "00" si enfant n'est pas listé dans le ménage.</i>	BH9. <i>Si décédé : QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ? Si "1 an", insister :: QUEL AGE AVAIT (nom) EN MOIS ? - Noter en jours si moins d'1 mois; - en mois si moins de 2 ans ; en années si 2 ans ou plus</i>		BH9A. <i>Si décédé inscrivez le numéro de ligne de l'enfant à DC1 Noter 00 si l'enfant n'est pas listé dans les décès du ménage</i>	BH10. Y A-T-IL EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES ENTRE (nom de la naissance précédente) ET (nom), Y COMPRIS UN ENFANT MORT JUSTE APRES LA NAISSANCE? 1 Oui 2 Non
Ligne	Nom	S M	G F	Mois	Année	O N	Age	O N	No de ligne	Unité	Nombre	No ligne DC1.	O N
						BH9				Années3			Naissance Naissance Suivante.
07		1 2	1 2	— —	— — — —	1 2 ⇒ BH9	— —	1 2	⇒BH10	Jours1 Mois2 Années3	— —	— —	1 2 Ajouter Naissance Naissance Suivante.

BH NO. DE LIG NE	BH1. QUEL PRENOM A ETE DONNE A VOTRE (premier/suivant) ENFANT?	BH2. PARMI CES NAISSANCES Y AVAIT-IL DES JUMENTS?	BH3. (Nom) EST UN GARÇON OU UNE FILLE ?	BH4. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE EST NE(E) (nom)? Insister: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE?		BH5. (Nom) EST- IL/ELLE TOUJOURS EN VIE?	BH6. QUEL AGE A EU (nom) A SON DERNIER ANNIVER SAIRE ? Enregistrer l'âge en années révolues.	BH7. EST-CE QUE (nom) HABITE AVEC VOUS ?	BH8. Enregistrer num. de ligne de l'enfant (de HL1) Noter "00" si enfant n'est pas listé dans le ménage.	BH9. Si décédé : QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ? Si "1 an", insister :: QUEL AGE AVAIT (nom) EN MOIS ? - Noter en jours si moins d'1 mois; - en mois si moins de 2 ans ; en années si 2 ans ou plus		BH9A. Si décédé inscrivez le numéro de ligne de l'enfant à DC1 Noter 00 si l'enfant n'est pas listé dans les décès du ménage	BH10. Y A-T-IL EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES ENTRE (nom de la naissance précédente) ET (nom), Y COMPRIS UN ENFANT MORT JUSTE APRES LA NAISSANCE? 1 Oui 2 Non
Ligne	Nom	S M	G F	Mois	Année	O N	Age	O N	No de ligne	Unité	Nombre	No ligne DC1.	O N
08		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	⇒BH10	Jours1 Mois2 Années3	___	___	1 2 Ajouter Naissance Naissance Suivante.
09		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	⇒BH10	Jours1 Mois2 Années3	___	___	1 2 Ajouter Naissance Naissance Suivante.
10		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	⇒BH10	Jours1 Mois2 Années3	___	___	1 2 Ajouter Naissance Naissance Suivante.
11		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	⇒BH10	Jours1 Mois2 Années3	___	___	1 2 Ajouter Naissance Naissance Suivante.
12		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	⇒BH10	Jours1 Mois2 Années3	___	___	1 2 Ajouter Naissance Naissance Suivante.
13		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	⇒BH10	Jours1 Mois2 Années3	___	___	1 2 Ajouter Naissance Naissance Suivante.
14		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	⇒BH10	Jours1 Mois2 Années3	___	___	1 2 Ajouter Naissance Naissance

BH NO. DE LIG NE	BH1. QUEL PRENOM A ETE DONNE A VOTRE (premier/suivant) ENFANT?	BH2. PARMI CES NAISSANCES Y AVAIT-IL DES JUMEAUX? 1 Simple 2 Multiple	BH3. (Nom) EST UN GARÇON OU UNE FILLE ? 1 Garçon 2 Fille	BH4. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE EST NE(E) (nom)? Insister: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE?		BH5. (Nom) EST- IL/ELLE TOUJOURS EN VIE? 1 Oui 2 Non	BH6. QUEL AGE A EU (nom) A SON DERNIER ANNIVER SAIRE ? Enregistrer l'âge en années révolues.	BH7. EST-CE QUE (nom) HABITE AVEC VOUS ? 1 Oui 2 Non	BH8. Enregistrer num. de ligne de l'enfant (de HL1) Noter "00" si enfant n'est pas listé dans le ménage.	BH9. Si décédé : QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ? Si "1 an", insister :: QUEL AGE AVAIT (nom) EN MOIS ? - Noter en jours si moins d'1 mois; - en mois si moins de 2 ans ; en années si 2 ans ou plus		BH9A. Si décédé inscrivez le numéro de ligne de l'enfant à DC1 Noter 00 si l'enfant n'est pas listé dans les décès du ménage	BH10. Y A-T-IL EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES ENTRE(nom de la naissance précédente)ET(nom),Y COMPRIS UN ENFANT MORT JUSTE APRES LA NAISSANCE? 1 Oui 2 Non
Ligne	Nom	S M	G F	Mois	Année	O N	Age	O N	No de ligne	Unité	Nombre	No ligne DC1.	O N
													Suivante
BH11. AVEZ-VOUS EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES DEPUIS LA NAISSANCE DE (nom de la dernière naissance figurant dans le tableau de l'historique des naissances)?							Oui1					1⇒ Enregistrer dans l'historique	
							Non2						

CM12A. Comparer le nombre à CM10 avec le nombre de naissances dans le module HISTORIQUE DES NAISSANCES ci-dessus et vérifier :

☐ Les nombres sont les mêmes ⇨ Continuer avec CM13

☐ Les nombres sont différents ⇨ Insister et corriger

CM13. La dernière naissance a eu lieu dans les 3 dernières années, c'est-à-dire depuis (Mois de l'entretien) en **2013**
(si le mois de l'entretien et le mois de naissance sont les mêmes et l'année de naissance est **2013**, considérer SVP, comme une naissance ayant eu lieu dans les 3 dernières années).

☐ Pas de naissances vivantes dans les 3 dernières années. ⇨ Aller au module SYMPTOMES DES MALADIES.

☐ Une ou plusieurs naissances vivantes dans les 3 dernières années. ⇨ Enregistrer le nom du dernier-né et continuer avec le module suivant

Nom de l'enfant _____

Si l'enfant est décédé, faire preuve de tact quand en se référant à l'enfant par son nom dans les modules suivants.

DESIR DE LA DERNIERE NAISSANCE		DB
<p><i>Ce module doit être administré à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les 3 ans précédant la date de l'enquête.</i></p> <p><i>Enregistrer le nom du dernier-né de CM13 ici : _____.</i></p> <p><i>Utiliser le nom de cet enfant dans les questions suivantes, à l'endroit indiqué.</i></p>		
DB1. QUAND VOUS ETES TOMBE ENCEINTE DE (nom), VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LA?	Oui1 Non2	1⇒Module suivant
DB2. VOULIEZ-VOUS AVOIR UN ENFANT PLUS TARD OU VOULIEZ-VOUS NE PAS (NE PLUS) AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS?	Plus tard1 Pas d'enfant.....2	2⇒Module suivant
DB3. COMBIEN DE TEMPS AURIEZ- VOUS SOUHAITE ATTENDRE? <i>Noter la réponse telle que donnée par l'enquêtée</i>	Mois 1 ____ Années2 ____ NSP998	
SANTE MATERNELLE ET INFANTILE MN		
<p><i>Ce module doit être administré à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante ou plus dans les 3 ans précédant la date de l'enquête.</i></p>		
<i>Utiliser le nom de cet enfant dans les questions suivantes, à l'endroit indiqué.</i>	<i>Enregistrer le nom et le numéro de ligne du dernier-né de CM13/BH1</i> _____	<i>Enregistrer le nom et le numéro de ligne de l'avant dernier-né de BH1</i> _____
MN1. AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom) ?	Oui 1 Non 2 MN5 ☞	Oui1 Non2 MN5 ☞
MN2. QUI AVEZ-VOUS VU ? <i>Insister :</i> QUELQU'UN D'AUTRE ? <i>Insister pour obtenir le type de personne vue et encercler toutes les réponses données.</i>	Professionnel de la santé Médecin A Infirmière B Sage-femme C ATS D Matrone E Autre personne Accoucheuse villageoise F Autre (préciser) X Aucun/Personne Y	Professionnel de la santé Médecin A Infirmière B Sage-femme C ATS D Matrone E Autre personne Accoucheuse villageoise.F Autre (préciser) X Aucun/Personne Y
MN2A. DE COMBIEN DE SEMAINES OU DE MOIS ETIEZ-VOUS ENCEINTE QUAND VOUS AVEZ REÇU DES SOINS PRENATALS POUR LA PREMIERE FOIS ? <i>Enregistrer la réponse telle que donnée par la répondante.</i>	Semaines 1 ____ Mois 2 0 ____ NSP 998	Semaines1 ____ Mois2 0 ____ NSP998
MN3. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE CETTE GROSSESSE ? <i>Insister pour obtenir le</i>	Nombre de fois ____ NSP 98	Nombre de fois ____ NSP98

<p>nombre de fois où les consultations prénatales ont été reçues. Si une gamme de fois est donnée, enregistrer le nombre minimum de fois où les consultations prénatales ont été faites.</p>		
<p>MN4. DANS LE CADRE DES SOINS PRENATALS POUR CETTE GROSSESSE, EST-CE QUE LES CHOSES SUIVANTES ONT ETE FAITES, AU MOINS UNE FOIS ?</p> <p>[A] VOUS A-T-ON PRIS LA TENSION ?</p> <p>[B] VOUS A-T-ON PRELEVE DE L'URINE ?</p> <p>[C] VOUS A-T-ON PRELEVE DU SANG ?</p>	<p>Oui Non</p> <p>Tension 1 2</p> <p>Échantillon d'urine 1 2</p> <p>Prélèvement sanguin..1 2</p>	<p>Oui Non</p> <p>Tension 1 2</p> <p>Échantillon d'urine..... 1 2</p> <p>Prélèvement sanguin..1 2</p>
<p>MN5. AVEZ-VOUS UN CARNET OU AUTRE DOCUMENT DANS LEQUEL SONT INSCRITES TOUTES VOS VACCINATIONS ?</p> <p>PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ?</p> <p><i>Si un carnet est présenté, l'utiliser pour les réponses aux questions suivantes.</i></p>	<p>Oui (carnet vu) 1</p> <p>Oui (carnet non vu) 2</p> <p>Non 3</p> <p>NSP 8</p>	
<p>MN6. QUAND VOUS ETIEZ ENCEINTE DE (<i>nom</i>), VOUS A-T-ON FAIT UNE INJECTION DANS LE BRAS OU A L'ÉPAULE POUR EVITER AU BEBE DE CONTRACTER LE TETANOS, C'EST-A-DIRE DES CONVULSIONS APRES LA NAISSANCE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p style="text-align: right;">MN9 ↘</p> <p>NSP 8</p> <p style="text-align: right;">MN9 ↘</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p style="text-align: right;">MN12 ↘</p> <p>NSP 8</p> <p style="text-align: right;">MN12 ↘</p>
<p>MN7. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU CETTE INJECTION CONTRE LE TETANOS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i></p>	<p>Nombre de fois _</p> <p>NSP 8</p> <p style="text-align: right;">MN9 ↘</p>	<p>Nombre de fois _</p> <p>NSP 8</p> <p style="text-align: right;">MN12 ↘</p>
<p>MN8. Combien d'injections antitétaniques ont été déclarées à MN7 pour la dernière grossesse ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Au moins deux injections antitétaniques au cours de la dernière grossesse. ⇨ Aller à MN12</p> <p><input type="checkbox"/> Une seule injection au cours de la dernière grossesse. ⇨ Continuer avec MN9</p>	
<p>MN9. EST-CE QU'A N'IMPORTE QUEL MOMENT AVANT LA GROSSESSE DE (<i>nom</i>), VOUS AVEZ REÇU UNE INJECTION ANTITETANIQUE, SOIT POUR VOUS PROTEGER VOUS-MEME, SOIT POUR PROTEGER UN AUTRE BEBE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p style="text-align: right;">MN12 ↘</p> <p>NSP 8</p> <p style="text-align: right;">MN12 ↘</p>	
<p>MN10. AVANT LA GROSSESSE DE (<i>nom</i>), COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU UNE INJECTION ANTITETANIQUE ?</p>	<p>Nombre de fois _</p> <p>NSP 8</p> <p style="text-align: right;">MN12 ↘</p>	

<p><i>aucun adulte n'était présent lors de l'accouchement.</i></p>		
<p>MN18. OU AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Insister pour obtenir le type d'endroit.</i></p> <p><i>S'il n'est pas possible de déterminer si l'endroit est un établissement public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i></p> <p>_____</p> <p>(<i>Nom de l'endroit pour dernier enfant</i>)</p> <p>_____</p> <p>(<i>Nom de l'endroit pour avant-dernier enfant</i>)</p>	<p>Domicile</p> <p>Domicile de l'enquêtée 11</p> <p>MN20 ↙</p> <p>Autre domicile..... 12</p> <p>MN20 ↙</p> <p>Secteur public</p> <p>Hôpital/CMC 21</p> <p>Centre de santé..... 22</p> <p>Poste de santé. 23</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) 26</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital privé 31</p> <p>Clinique privée..... 32</p> <p>Maternité privée..... 33</p> <p>Autre privé médical (<i>préciser</i>) 36</p> <p>_____ 36</p> <p>Autre(préciser) 96</p> <p>MN20 ↙</p>	<p>Domicile</p> <p>Domicile de l'enquêtée..... 11</p> <p>MN20 ↙</p> <p>Autre domicile 12</p> <p>MN20 ↙</p> <p>Secteur public</p> <p>Hôpital/CMC 21</p> <p>Centre de santé 22</p> <p>Poste de santé. 23</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) 26</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital privé 31</p> <p>Clinique privée 32</p> <p>Maternité privée 33</p> <p>Autre privé médical (<i>préciser</i>) 36</p> <p>_____ 36</p> <p>Autre(préciser) 96</p> <p>MN20 ↙</p>
<p>MN19. AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (<i>nom</i>) PAR CESARIENNE, C'EST-A-DIRE EST-CE QU'ON VOUS A OUVERT LE VENTRE POUR SORTIR LE BEBE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>MN20 ↙</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>MN20 ↙</p>
<p>MN19A. QUAND EST-CE QUE LA DECISION DE FAIRE UNE CESARIENNE A-T-ELLE ETE PRISE ?</p> <p>ETAIT-CE AVANT OU APRES QUE LES DOULEURS DE L'ACCOUCHEMENT AIENT COMMENCE?</p>	<p>Avant 1</p> <p>Après 2</p>	<p>Avant..... 1</p> <p>Après..... 2</p>
<p>MN20. QUAND (<i>nom</i>)EST NE(E), ETAIT-IL/ELLE : TRES GROS, PLUS GROS QUE LA MOYENNE, MOYEN, PLUS PETIT QUE LA MOYENNE, OU TRES PETIT ?</p>	<p>Très gros 1</p> <p>Plus gros que la moyenne 2</p> <p>Moyen 3</p> <p>Plus petit que la moyenne 4</p> <p>Très petit..... 5</p> <p>NSP 8</p>	<p>Très gros 1</p> <p>Plus gros que la moyenne..... 2</p> <p>Moyen 3</p> <p>Plus petit que la moyenne 4</p> <p>Très petit 5</p> <p>NSP..... 8</p>
<p>MN21. (<i>nom</i>) A-T-IL /ELLE ETE PESE (E) A LA NAISSANCE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>MN23 ↙</p> <p>NSP 8</p> <p>MN23 ↙</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>MN23 ↙</p> <p>NSP..... 8</p> <p>MN23 ↙</p>
<p>MN22. COMBIEN (<i>nom</i>) PESAIT-IL/ELLE ?</p> <p><i>Enregistrer le poids du carnet de santé, s'il est disponible.</i></p>	<p>Du carnet de santé 1</p> <p>(kg) __ , __ __ __</p> <p>De mémoire 2</p> <p>(kg) __ , __ __ __</p> <p>NSP 99998</p>	<p>Du carnet de santé..... 1</p> <p>(kg) __ , __ __ __</p> <p>De mémoire..... 2</p> <p>(kg) __ , __ __ __</p> <p>NSP..... 99998</p>
<p>MN23. EST-CE-QUE VOS REGLES SONT REVENUES DEPUIS LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>)?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	
<p>MN24. AVEZ-VOUS ALLAITE (<i>nom</i>)?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>MODULE SUIVANT ↙</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>MODULE SUIVANT ↙</p>
<p>MN25. COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE AVEZ-VOUS MIS (<i>nom</i>) AU SEIN POUR LA</p>	<p>Immédiatement..... 000</p> <p>Heures 1 __ __</p>	<p>Immédiatement 000</p> <p>Heures 1 __ __</p>

PREMIERE FOIS ? <i>Si moins d'1 heure, noter '00' heure.</i> <i>Si moins de 24 heures, noter en heures.</i> <i>Autrement, noter en jours</i>	Jours 2 ____ NSP/ Ne se rappelle pas 998	Jours 2 ____ NSP/ Ne se rappelle pas 998
MN26. DANS LES 3 PREMIERS JOURS QUI ONT SUIVI L'ACCOUCHEMENT, A-T-ON DONNE A BOIRE A (nom) AUTRE CHOSE QUE DU LAIT MATERNEL ?	Oui 1 Non 2 MN28 ↗	Oui 1 Non 2 MN28 ↗
MN27. QU'A-T-ON DONNE A BOIRE A (nom) ? <i>Insister : RIEN D'AUTRE ?</i>	Lait (autre que lait maternel) A Eau B Eau sucrée/eau glucosée C Calmant pour coliques D Solution eau salée/sucrée E Jus de fruit F Préparation pour bébé G Thé / Infusions H Miel I Autre (préciser) X	Lait (autre que lait maternel) A Eau B Eau sucrée/eau glucosée C Calmant pour coliques D Solution eau salée/sucrée E Jus de fruit F Préparation pour bébé G Thé / Infusions H Miel I Autre (préciser) X
MN28. PENDANT CETTE DERNIERE GROSSESSE, AVEZ-VOUS PARTICIPE A DES GROUPES DE SOUTIEN A L'ALLAITEMENT MATERNEL ?	Oui 1 Non 2	

EXAMENS DE SANTE POST NATALS		PN
<i>Ce module doit être administré à toutes les femmes qui ont eu une ou plus naissances vivante dans les 3 ans précédant la date de l'enquête.</i>		
<i>Utiliser le nom de cet enfant dans les questions suivantes, à l'endroit indiqué.</i>	<i>Enregistrer le nom et le numéro de ligne du dernier-né de CM13 _____</i>	<i>Enregistrer le nom et le numéro de ligne de l'avant dernier-né de CM13 _____</i>
PN1. Vérifier MN18: L'enfant est-il né dans une structure de santé?	<input type="checkbox"/> Oui, enfant né dans une structure de santé (MN18=21-26 ou 31-36) ⇒ Continuer avec PN2 <input type="checkbox"/> Non, enfant pas né dans une structure de santé (MN18=11-12 ou 96) ⇒ Aller à PN6	<input type="checkbox"/> Oui, enfant né dans une structure de santé (MN18=21-26 ou 31-36) ⇒ Continuer avec PN2 <input type="checkbox"/> Non, enfant pas né dans une structure de santé (MN18=11-12 ou 96) ⇒ Aller à PN6

<p>PN2. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR CE QUI S'EST PASSE DANS LES HEURES ET LES JOURS SUIVANT LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>).</p> <p>VOUS AVEZ DIT QUE VOUS AVEZ ACCOUCHE A (<i>nom ou type de structure sanitaire MN18</i>). COMBIEN DE TEMPS ETES-VOUS RESTEE LA-BAS APRES L'ACCOUCHEMENT? <i>Si c'est moins d'une journée, noter en heures.</i> <i>Si c'est moins d'une semaine, noter en jours.</i> <i>Autrement, noter en semaines.</i></p>	<p>Heures 1 ____</p> <p>Jours 2 ____</p> <p>Semaines 3 ____</p> <p>NSP/ne se rappelle pas 998</p>	<p>Heures 1 ____</p> <p>Jours 2 ____</p> <p>Semaines 3 ____</p> <p>NSP/ne se rappelle pas 998</p>
<p>PN3. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTE DE (<i>nom</i>) APRES L'ACCOUCHEMENT – PAR EXEMPLE, SI QUELQU'UN A EXAMINE (<i>nom</i>), VERIFIE LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI (<i>nom</i>) SE PORTE BIEN.</p> <p>EST-CE-QUE QUELQU'UN A VERIFIE L'ETAT DE SANTE DE (<i>nom</i>) AVANT QUE VOUS NE QUITTIEZ (<i>nom ou type de structure sanitaire MN18</i>) ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>
<p>PN4. ET QU'EN EST-IL DES EXAMENS DE <u>VOTRE</u> SANTE – JE VEUX DIRE, QUELQU'UN A-T-IL FAIT LE BILAN DE VOTRE SANTE, PAR EXEMPLE EN VOUS POSANT DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTE OU EN VOUS EXAMINANT.</p> <p>A-T-ON CONTROLE <u>VOTRE</u> SANTE AVANT QUE VOUS NE QUITTIEZ (<i>nom ou type de structure sanitaire MN18</i>)?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>

<p>PN5. MAINTENANT JE VOUDRAIS QUE NOUS PARLIONS DE CE QUI S'EST PASSE QUAND VOUS AVEZ QUITTE (<i>nom ou type de structure sanitaire MN18</i>).</p> <p>EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINE L'ETAT DE SANTE DE (<i>nom</i>) APRES QUE VOUS AYEZ QUITTE (<i>nom ou type de structure sanitaire MN18</i>)?</p>	<p>Oui 1 PN11 ↗</p> <p>Non 2 PN16 ↗</p>	<p>Oui 1 PN11 ↗</p> <p>Non 2 PN16 ↗</p>
<p>PN6. Vérifier MN17: Est-ce qu'un professionnel de la santé, accoucheuse traditionnelle, ou agent de santé communautaire a assisté l'accouchement?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui, accouchement assisté par un professionnel de la santé, accoucheuse traditionnelle, ou agent de santé communautaire (MN17=A-E) ⇒ Continuer avec PN7</p> <p><input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé, ni accoucheuse traditionnelle, ni agent de santé communautaire (A-E pas encerclé à MN17) ⇒ Aller à PN10</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui, accouchement assisté par un professionnel de la santé, accoucheuse traditionnelle, ou agent de santé communautaire (MN17=A-E) ⇒ Continuer avec PN7</p> <p><input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé, ni accoucheuse traditionnelle, ni agent de santé communautaire (A-E pas encerclé à MN17) ⇒ Aller à PN10</p>
<p>PN7. VOUS AVEZ DEJA DIT QUE (<i>la ou les personnes à MN17</i>) VOUS A/ONT ASSISTE A L'ACCOUCHEMENT. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTE DE (<i>nom</i>) APRES L'ACCOUCHEMENT, PAR EXEMPLE EXAMINER (<i>nom</i>), VERIFIER LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI (<i>nom</i>) SE PORTE BIEN.</p> <p>APRES L'ACCOUCHEMENT ET AVANT QUE (<i>la ou les personnes à MN17</i>) NE VOUS QUITTE, EST-CE QUE (<i>la ou les personnes à MN17</i>) A/ONT CONTROLE LA SANTE DE (<i>nom</i>) ?</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>

<p>PN8. ET EST-CE QUE (<i>la ou les personnes à MN17</i>) A/ONT CONTROLE <u>VOTRE</u> SANTE AVANT SON/LEUR DEPART?</p> <p>PAR CONTROLE DE SANTE, JE VEUX DIRE UN BILAN DE SANTE, PAR EXEMPLE POSER DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTE OU VOUS EXAMINER.</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>
<p>PN9. APRES LE DEPART DE (<i>la ou les personnes à MN17</i>), EST-CE QUE QUELQU'UN A CONTROLE LA SANTE DE (<i>nom</i>)</p>	<p>Oui 1 Non 2</p> <p>PN11 ↙ PN18 ↙</p>	<p>Oui 1 Non 2</p> <p>PN11 ↙ PN18 ↙</p>
<p>PN10. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTE DE (<i>nom</i>) APRES L'ACCOUCHEMENT, PAR EXEMPLE EXAMINER (<i>nom</i>), VERIFIER LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI (<i>nom</i>) SE PORTE BIEN.</p> <p>APRES LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>), EST-CE QUE QUELQU'UN A CONTROLE SA SANTE?</p>	<p>Oui 1 Non 2</p> <p>PN18 ↙</p>	<p>Oui 1 Non 2</p> <p>PN18 ↙</p>
<p>PN11. UN TEL CONTROLE A-T-IL EU LIEU SEULEMENT UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS?</p>	<p>Une fois 1 Plus d'une fois 2</p> <p>PN12B ↙</p>	<p>Une fois 1 Plus d'une fois 2</p> <p>PN12B ↙</p>
<p>PN12A. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT UN TEL CONTROLE A-T-IL EU LIEU?</p> <p><i>Si c'est moins d'une journée, noter en heures.</i> <i>Si c'est moins d'une semaine, noter en jours.</i> <i>Autrement, noter en semaines.</i></p>	<p>Heures 1 ____ Jours 2 ____ Semaines 3 ____ NSP/ne se rappelle pas 998</p>	<p>Heures 1 ____ Jours 2 ____ Semaines 3 ____ NSP/ne se rappelle pas 998</p>

<p>PN12B. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT A EU LIEU LE PREMIER DE CES CONTROLES?</p> <p><i>Si c'est moins une journée, noter en heures. Si c'est moins d'une semaine, noter en jours. Autrement, noter en semaines.</i></p>	<p>Heures 1 ____</p> <p>Jours 2 ____</p> <p>Semaines 3 ____</p> <p>NSP/ne se rappelle pas 998</p>	<p>Heures 1 ____</p> <p>Jours 2 ____</p> <p>Semaines 3 ____</p> <p>NSP/ne se rappelle pas 998</p>
<p>PN13. QUI A CONTROLE LA SANTE DE (nom) A CE MOMENT-LA?</p> <p><i>Insister : PERSONNE D'AUTRE ?</i></p>	<p>Professionnel de la santé: Médecin A Infirm/Sage-femme B ATS C</p> <p>Autre personne Accoucheuse Traditionnelle F</p> <p>Autre (préciser) X</p>	<p>Professionnel de la santé: Médecin A Infirm/Sage-femme B ATS C</p> <p>Autre personne Accoucheuse Traditionnelle F</p> <p>Autre (préciser) X</p>
<p>PN14. OU A EU LIEU CE CONTROLE?</p> <p><i>Insister pour déterminer le type de source.</i></p> <p><i>S'il est impossible de déterminer si c'est public ou privé, écrire le nom du lieu.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit pour dernier enfant)</p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit pour avant-dernier enfant)</p>	<p>Domicile Domicile de l'enquêtée 11 Autre domicile 12</p> <p>Secteur public Hôpital 21 Centre de santé 22 Poste de santé 23 Autre public (préciser) 26</p> <p>Secteur médical privé Hôpital privé 31 Clinique privée 32 Maternité privée 33 Autre médical privé 36</p> <p>Autre (préciser) 96</p>	<p>Domicile Domicile de l'enquêtée 11 Autre domicile 12</p> <p>Secteur public Hôpital 21 Centre de santé 22 Poste de santé 23 Autre public (préciser) 26</p> <p>Secteur médical privé Hôpital privé 31 Clinique privée 32 Maternité privée 33 Autre médical privé 36</p> <p>Autre (préciser) 96</p>
<p>PN15. Vérifier MN18: L'enfant est né dans une structure de santé?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui, l'enfant est né dans une structure de santé (MN18=21-26 ou 31-36) ⇒ Continuer avec PN16</p> <p><input type="checkbox"/> Non, l'enfant n'est pas né dans une structure de santé (MN18=11-12 ou 96) ⇒ Aller à PN17</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui, l'enfant est né dans une structure de santé (MN18=21-26 ou 31-36) ⇒ Continuer avec PN16</p> <p><input type="checkbox"/> Non, l'enfant n'est pas né dans une structure de santé (MN18=11-12 ou 96) ⇒ Aller à PN17</p>

PN16. APRES AVOIR QUITTE (nom ou type de structure sanitaire MN18), EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINE <u>VOTRE</u> SANTE?	Oui 1 PN20 ↵ Non 2 Module suivant ↵	Oui 1 PN20 ↵ Non 2 Module suivant ↵
PN17. Vérifier MN17: Est-ce qu'un professionnel de la santé, accoucheuse traditionnelle, ou agent de santé communautaire a assisté l'accouchement?	<input type="checkbox"/> Oui, accouchement assisté par un professionnel de la santé ou autre agent de santé (MN17=A- E) ⇒ Continuer avec PN18 <input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé ou autre agent de santé (A-E pas encerclé à MN17) ⇒ Aller à PN19	<input type="checkbox"/> Oui, accouchement assisté par un professionnel de la santé ou autre agent de santé (MN17=A- E) ⇒ Continuer avec PN18 <input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé ou autre agent de santé (A-E pas encerclé à MN17) ⇒ Aller à PN19
PN18. APRES L'ACCOUCHEMENT ET LE DEPART DE (la ou les personnes à MN17), EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINE <u>VOTRE</u> SANTE?	Oui 1 PN20 ↵ Non 2 Module suivant ↵	Oui 1 PN20 ↵ Non 2 Module suivant ↵
PN19. APRES LA NAISSANCE DE (NOM), A-T-ON CONTROLE <u>VOTRE</u> SANTE? JE VEUX DIRE QUELQU'UN QUI A VERIFIE VOTRE SANTE, PAR EXEMPLE POSER DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTE OU VOUS EXAMINER.	Oui 1 PN20 ↵ Non 2 Module suivant ↵	Oui 1 PN20 ↵ Non 2 Module suivant ↵
PN20. CES CONTROLES ONT- ILS EU LIEU SEULEMENT UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS?	Une fois..... 1 PN21A ↵ Plus d'une fois 2 PN21B ↵	Une fois..... 1 PN21A ↵ Plus d'une fois 2 PN21B ↵
PN21A. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT CE CONTROLE A-T-IL EU LIEU? <i>Si c'est moins d'une journée, Noter en heures. Si c'est moins d'une semaine, Noter en jours. Autrement, Noter en semaines.</i>	Heures 1 ____ Jours 2 ____ Semaines 3 ____ NSP/ne se rappelle pas 998	Heures 1 ____ Jours 2 ____ Semaines 3 ____ NSP/ne se rappelle pas 998

<p>PN21B. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT A EU LIEU LE PREMIER DE CES CONTROLES?</p> <p><i>Si c'est moins d'une journee, Noter en heures. Si c'est moins d'une semaine, Noter en jours. Autrement, Noter en semaines.</i></p>	<p>Heures 1 ____</p> <p>Jours 2 ____</p> <p>Semaines 3 ____</p> <p>NSP/ne se rappelle pas 998</p>	<p>Heures 1 ____</p> <p>Jours 2 ____</p> <p>Semaines 3 ____</p> <p>NSP/ne se rappelle pas 998</p>
<p>PN22. QUI A CONTROLE VOTRE SANTE A CE MOMENT-LA ?</p> <p><i>Insister : PERSONNE D'AUTRE ?</i></p>	<p>Professionnel de la santé:</p> <p>Médecin A</p> <p>Infirmière/ Sage-femme B</p> <p>ATS C</p> <p>Autre personne Accoucheuse traditionnelle F</p> <p>Parent/Ami H</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) X</p>	<p>Professionnel de la santé:</p> <p>Médecin A</p> <p>Infirmière/ Sage-femme B</p> <p>ATS C</p> <p>Autre personne Accoucheuse traditionnelle F</p> <p>Parent/Ami H</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) X</p>
<p>PN23. OU A EU LIEU CE CONTROLE?</p> <p><i>Insister pour déterminer le type de source.</i></p> <p><i>S'il est impossible de déterminer si c'est public ou privé, ECRIRE LE nom du lieu.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit pour dernier enfant)</p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit pour avant-dernier enfant)</p>	<p>Domicile</p> <p>Domicile de l'enquêtée 11</p> <p>Autre domicile 12</p> <p>Secteur public</p> <p>Hôpital 21</p> <p>Centre de santé 22</p> <p>Poste de santé 23</p> <p>Autre public (<i>préciser</i>) 26</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital privé 31</p> <p>Clinique privée 32</p> <p>Maternité privée 33</p> <p>Autre médical privé (<i>préciser</i>) 36</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) 96</p>	<p>Domicile</p> <p>Domicile de l'enquêtée 11</p> <p>Autre domicile 12</p> <p>Secteur public</p> <p>Hôpital 21</p> <p>Centre de santé 22</p> <p>Poste de santé 23</p> <p>Autre public (<i>préciser</i>) 26</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital privé 31</p> <p>Clinique privée 32</p> <p>Maternité privée 33</p> <p>Autre médical privé (<i>préciser</i>) 36</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) 96</p>

SYMPTOMES DES MALADIES		IS
<p>IS1. Vérifier la Liste des membres du ménage, colonnes HL7B, HL12 et HL15</p> <p>L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne d'un enfant de moins de cinq ans ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec IS2.</p> <p><input type="checkbox"/> Non. ⇒ Aller au Module suivant.</p>		
<p>IS2. IL ARRIVE PARFOIS QUE LES ENFANTS SOIENT GRAVEMENT MALADES ET DOIVENT ETRE CONDUITS IMMEDIATEMENT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE. QUELS SONT LES TYPES DE SYMPTOMES QUI VOUS INCITERAIENT A AMENER IMMEDIATEMENT UN ENFANT DE MOINS DE 5 ANS DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE ?</p> <p><i>Insister :</i> AUCUN AUTRE SYMPTOME ?</p> <p>Insister pour autres signes ou symptômes jusqu'à ce que la mère ou gardienne ne puisse plus citer d'autres signes ou symptômes.</p> <p>Encercler tous les symptômes mentionnés, mais <u>ne pas</u> suggérer de réponses</p>	<p>Enfant incapable de boire ou de téterA</p> <p>État de l'enfant s'aggrave.....B</p> <p>Enfant devient fiévreux..... C</p> <p>Enfant respire rapidement..... D</p> <p>Enfant a des difficultés à respirer.....E</p> <p>Enfant a du sang dans les sellesF</p> <p>Enfant boit difficilement G</p> <p>Autre (<i>préciser</i>).....X</p> <p>Autre (<i>préciser</i>).....Y</p> <p>Autre (<i>préciser</i>).....Z</p>	

CONTRACEPTION		CP
CP1. JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET - LA PLANIFICATION FAMILIALE. ÊTES-VOUS ENCEINTE EN CE MOMENT ?	Oui, actuellement enceinte 1 Non 2 Pas sûre ou NSP..... 8	1⇒CP2A
CP2. CERTAINS COUPLES UTILISENT DIFFERENTS MOYENS OU METHODES POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE. EN CE MOMENT, FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE OU UTILISEZ-VOUS UNE METHODE POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE ?	Oui..... 1 Non 2	1⇒ CP3
CP2A. AVEZ-VOUS DEJA FAIT QUELQUE CHOSE OU UTILISE UNE METHODE POUR RETARDER UNE GROSSESSE OU POUR EVITER DE TOMBER ENCEINTE ?	Oui..... 1 Non 2	1⇒Module suivant 2⇒Module suivant
CP3. QUE FAITES-VOUS ACTUELLEMENT POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE ? Ne pas suggérer de réponse. Si plus d'une méthode est mentionnée, encercler chacune d'entre elles.	Stérilisation féminineA Stérilisation masculineB DIU C Injections D Implants.....E Pilules.....F Condom masculin G Condom féminin H Diaphragme..... I Mousse/gelée J Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA)K Abstinence périodique/Rythme L Retrait..... M Autre (<i>préciser</i>) X	

BESOINS NON SATISFAITS		UN
UN1. Vérifier CP1. Actuellement enceinte? <input type="checkbox"/> Oui, actuellement enceinte ⇒ Continuer avec UN2 <input type="checkbox"/> Non, pas sure ou NSP ⇒ Aller à UN5		
UN2. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE VOTRE GROSSESSE ACTUELLE. QUAND VOUS ETES TOMBEE ENCEINTE, VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LA ?	Oui..... 1 Non 2	1⇒UN4
UN3. VOULIEZ-VOUS AVOIR UN ENFANT PLUS TARD OU VOULIEZ-VOUS NE PAS (NE PLUS) AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS?	Plus tard 1 Pas d'autre enfant 2	
UN4. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS AU SUJET DE L'AVENIR. APRES L'ENFANT QUE VOUS ATTENDEZ, VOUDRIEZ-VOUS AVOIR UN AUTRE ENFANT OU PREFERERIEZ-VOUS NE PLUS AVOIR D'ENFANTS DU TOUT?	Avoir un autre enfant..... 1 Pas d'autre enfant 2 Indécise /NSP 8	1⇒UN7 2⇒UN13 8⇒UN13
UN5. Vérifier CP3. Utilise la stérilisation féminine? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Continuer avec UN6		
UN6. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS AU SUJET DE L'AVENIR. VOULEZ-VOUS AVOIR UN (AUTRE) ENFANT OU VOULEZ-VOUS NE PAS/PLUS AVOIR D'ENFANTS DU TOUT?	Avoir un (autre) enfant..... 1 Pas d' (autre) enfant 2 Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte 3 Indécise / NSP 8	2⇒UN9 3⇒UN11 8⇒UN9
UN7. 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 enceinte . 994 Après le mariage..... 995 Autre 996 NSP..... 998	994⇒UN11
UN8. Vérifier CP1. Actuellement enceinte ? <input type="checkbox"/> Oui, Actuellement enceinte⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non, pas sure ou NSP ⇒ Continuer avec UN9		

UN9. Vérifier CP2. Utilisez une méthode actuellement ? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer avec UN10		
UN10. PENSEZ-VOUS QUE VOUS ETES PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE EN CE MOMENT ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	1 ⇒ UN13 8 ⇒ UN13
UN11. POURQUOI PENSEZ-VOUS QUE VOUS N'ETES PAS PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE ? <i>Insister :</i> UNE AUTRE RAISON ?	Pas de rapports sexuels/Rapports peu fréquents A Ménopause..... B N'a jamais eu de règles..... C Hystérectomie (utérus enlevé) D Essaye d'être enceinte depuis 2 ans ou plus sans succès E Est en aménorrhée postpartum F Allaite..... G Trop âgée H Fataliste I Autre (<i>préciser</i>) X NSP Z	
UN12. Vérifier UN11. "N'a jamais eu de règles" mentionné? <input type="checkbox"/> Mentionné ⇒ Aller au Module suivant <input type="checkbox"/> Pas mentionné ⇒ Continuer avec UN13		
UN13. QUAND EST-CE QUE VOS DERNIERES REGLES ONT COMMENCE ? <i>Enregistrer l'information en utilisant la même unité de temps que celle donnée par l'enquêtée</i>	Jours..... 1 ____ Semaines 2 ____ Mois 3 ____ Années 4 ____ Ménopausée / A eu une hystérectomie 994 Avant la dernière naissance 995 N'a jamais eu de règles..... 996	

MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES/EXCISION		FG
FG1. AVEZ-VOUS DÉJÀ ENTENDU PARLER DE L'EXCISION ?	Oui..... 1 Non..... 2	1⇒FG3
FG2. DANS CERTAINS PAYS, IL EXISTE UNE PRATIQUE QUI CONSISTE À COUPER UNE PARTIE DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES DES FILLES. AVEZ-VOUS DÉJÀ ENTENDU PARLER DE CETTE PRATIQUE ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒Module suivant
FG3. VOUS-MÊME, ÊTES-VOUS EXCISÉE ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒FG9
FG4. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUE L'ON VOUS A FAIT À CE MOMENT-LÀ. VOUS A-T-ON ENLEVÉ DES CHAIRS DE LA ZONE GÉNITALE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	1⇒FG6
FG5. VOUS A-T-ON SEULEMENT ENTAILLÉ LES PARTIES GÉNITALES SANS RIEN ENLEVER ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	
FG6. VOUS A-T-ON FERMÉ LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE ? <i>Si nécessaire, insister :</i> LA ZONE DU VAGIN A-T-ELLE ÉTÉ FERMÉE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	
FG7. QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS QUAND ON VOUS A EXCISÉE ? <i>Si l'enquêtée NSP, insister pour avoir une estimation.</i>	Âge à l'excision __ __ NSP / Ne se souvient plus / Pas sûre 98	
FG8. QUI A PROCÉDÉ À VOTRE EXCISION ?	Professionnel de la santé Médecin 11 Infirmière/sage-femme 12 Autre professionnel de la santé (<i>préciser</i>) 16 Traditionnel Exciseuse traditionnelle 21 Accoucheuse traditionnelle 22 Autre traditionnel (<i>préciser</i>) 26 NSP 98	
FG9. Vérifier CM5 pour nombre de filles à la maison et CM7 pour nombre de filles vivant ailleurs et marquer le nombre total ici	Nombre total de filles vivantes __ __	
FG10. JUSTE POUR ÊTRE SÛRE QUE J'AI CORRECTEMENT COMPRIS, VOUS AVEZ AU TOTAL (<i>nombre total à FG9</i>) FILLES VIVANTES. EST-CE CORRECT? <input type="checkbox"/> <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> <i>Une ou plus fille vivante ⇒ Continuer avec FG11</i> <input type="checkbox"/> <i>Aucune fille vivante ⇒ Aller à FG22</i> <input type="checkbox"/> <i>Non ⇒ Vérifier les réponses CM1-CM10 et faire les corrections nécessaires jusqu'à ce que FG10 = Oui</i>		

FG11. Demander à l'enquêtée le nom de sa/ses filles en commençant par la plus jeune (si plus d'une fille). Ecrire le nom de chaque fille en FG12. Puis, poser alors les questions FG13 à FG20 pour une fille à la fois.

Le nombre total de filles à FG12 doit être égal au nombre à FG9

SI PLUS DE 4 FILLES, UTILISER UN AUTRE QUESTIONNAIRE.

	Fille #1	Fille #2	Fille #3	Fille #4
FG12. Nom de la fille	_____	_____	_____	_____
FG13. QUEL AGE A (nom)?	Age ____ ____	Age ____ ____	Age ____ ____	Age ____ ____
FG14. Est-ce que (nom) a moins de 15 ans ?	Oui 1 Non 2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22</i>	Oui 1 Non 2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22</i>	Oui 1 Non 2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22</i>	Oui 1 Non 2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22</i>
FG15. EST-CE QUE (nom) ÉST EXCISÉE ?	Oui 1 Non 2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22</i>	Oui 1 Non 2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22</i>	Oui 1 Non 2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22</i>	Oui 1 Non 2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22</i>
FG16. QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND CELA EST ARRIVÉ ? <i>Si l'enquêtée ne connaît pas l'âge, insister pour avoir une estimation.</i>	Age ____ ____ NSP 98	Age ____ ____ NSP 98	Age ____ ____ NSP 98	Age ____ ____ NSP 98

FG17. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUI A ETE FAIT A (<i>nom</i>) A CE MOMENT-LA : LUI A-T-ON ENLEVE DES CHAIRS DE SES PARTIES GENITALES ?	Oui 1 ⇨FG19 Non 2 NSP 8	Oui 1 ⇨FG19 Non 2 NSP 8	Oui..... 1 ⇨FG19 Non..... 2 NSP..... 8	Oui 1 ⇨FG19 Non 2 NSP 8
FG18. LUI A-T-ON SEULEMENT ENTAILLES SES PARTIES GENITALES SANS RIEN ENLEVER ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	Oui 1 Non 2 NSP 8	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	Oui 1 Non 2 NSP 8
FG19. LUI A-T-ON FERME LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE ? <i>Si nécessaire, insister : LA ZONE DU VAGIN A-T-ELLE ETE FERMEE ?</i>	Oui 1 Non 2 NSP 8	Oui 1 Non 2 NSP 8	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	Oui 1 Non 2 NSP 8
FG20. QUI A PROCEDE A L'EXCISION ?	Professionnel de santé Médecin 11 Infirmière/Sage-femme..... 12 Autre professionnel santé (<i>préciser</i>)..... 16 Traditionnel Exciseuse Traditionnelle21 Accoucheuse Traditionnelle22 Autre traditionnelle (<i>préciser</i>) 26 NSP 98	Professionnel de santé Médecin 11 Infirmière/Sage-femme..... 12 Autre professionnel santé (<i>préciser</i>)..... 16 Traditionnel Exciseuse Traditionnelle21 Accoucheuse Traditionnelle22 Autre traditionnelle (<i>préciser</i>) 26 NSP 98	Professionnel de santé Médecin..... 11 Infirmière/Sage-femme 12 Autre professionnel santé (<i>préciser</i>)..... 16 Traditionnel Exciseuse Traditionnelle21 Accoucheuse Traditionnelle22 Autre traditionnelle (<i>préciser</i>) 26 NSP 98	Professionnel de santé Médecin..... 11 Infirmière/Sage-femme 12 Autre professionnel santé (<i>préciser</i>)..... 16 Traditionnel Exciseuse Traditionnelle ...21 Accoucheuse Traditionnelle ...22 Autre traditionnelle (<i>préciser</i>) 26 NSP98

FG21.	<i>Retourner à FG13 pour la fille suivante. Si plus de filles, aller à FG22</i>	<i>Retourner à FG13 pour la fille suivante. Si plus de filles, aller à FG22</i>	<i>Retourner à FG13 pour la fille suivante. Si plus de filles, aller à FG22</i>	<i>Retourner à FG13 dans la première colonne du questionnaire additionnel pour la fille suivante. Si plus de filles, aller à FG22</i>
				<i>Cocher ici si un questionnaire additionnel est utilisé</i> <input type="checkbox"/>

FG22. PENSEZ-VOUS QUE CETTE PRATIQUE DOIT ETRE MAINTENUE OU QU'ELLE DOIT DISPARAITRE ?	Maintenue 1 Disparaître 2 Cela dépend 3 NSP 8	
FG23. PENSEZ-VOUS QUE LES PERSONNES DE VOTRE ENTOURAGE, C'EST-A-DIRE DE VOTRE FAMILLE ET DE VOTRE COMMUNAUTE S'ATTENDENT A CE QUE VOUS EXCISIEZ VOTRE FILLE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
FG24. PENSEZ-VOUS QUE LES AUTRES PARENTS DE VOTRE ENTOURAGE, C'EST - A - DIRE DE VOTRE FAMILLE ET DE VOTRE COMMUNAUTE EXCISERONT LEURS FILLES ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	

ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE		DV		
DV1. PARFOIS UN MARI EST CONTRAIRE OU EN COLERE A CAUSE DE CERTAINES CHOSES QUE FAIT SA FEMME. A VOTRE AVIS, EST-IL JUSTIFIE QU'UN MARI FRAPPE OU BATTE SA FEMME DANS LES SITUATIONS SUIVANTES :		Oui	Non	NSP
[A] SI ELLE SORT SANS LE LUI DIRE ?	Sort sans le lui dire	1	2	8
[B] SI ELLE NEGLIGE LES ENFANTS ?	Néglige les enfants	1	2	8
[C] SI ELLE SE DISPUTE AVEC LUI ?	Dispute avec lui	1	2	8
[D] SI ELLE REFUSE D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ?	Refuse les rapports sexuels	1	2	8
[E] SI ELLE REFUSE DE PREPARER LE REPAS?	Refuse de préparer le repas	1	2	8
[F] SI ELLE BRULE LA NOURRITURE ?	Brûle la nourriture	1	2	8

CONNAISSANCE ET ATTITUDE FACE AU PALUDISME		PA
PA1. QUELS SONT LES PRINCIPAUX SYMPTOMES DU PALUDISME QUE VOUS CONNAISSEZ ? <i>Insister :</i> UN AUTRE SYMPTOME ?	Fièvre A Grelottements B Maux de tête C Douleurs aux articulations D Perte d'appétit E Vomissements F Convulsions G Gout amer..... H Autre (<i>préciser</i>) X Ne sait pas.....Z	
PA2. SELON VOUS QUELLES SONT LES PERSONNES QUI COURENT LE PLUS DE RISQUES D'ATTRAPER LE PALUDISME ? <i>Insister :</i> AUTRE PERSONNE ?	Enfants A Enfants de moins de 5 ans B Femmes enceintes C Vieillards D Tout le monde..... E Autre (<i>préciser</i>) X Ne sait pas.....Z	
PA3. QUELS SONT LES PRINCIPAUX MOYENS POUR EVITER D'ATTRAPER LE PALUDISME ? <i>Insister :</i> UN AUTRE MOYEN ?	Dormir sous moustiquaire A Dormir sous moustiquaire imprégnée B Utiliser les insecticides/ spirales C Garder les alentours de la maison propre .. D Couper les herbes E Eliminer les eaux stagnantes autour de la maison F Pulvérisation des murs intérieurs G Autre (<i>préciser</i>) X Ne sait pas.....Z	
PA4. EN GENERAL QUELLE GENRE DE MOUSTIQUAIRE PREFEREZ-VOUS (RECTANGULAIRE OU CONIQUE) ?	Conique 1 Rectangulaire 2 N'a pas de préférence 8	
PA5. QUELLE EST LA COULEUR DE MOUSTIQUAIRE QUE VOUS PREFEREZ ?	Blanche 1 Bleue 2 Autre couleur 8	

MARIAGE/UNION	MA	
MA1. ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT MARIEE OU VIVEZ-VOUS ACTUELLEMENT AVEC UN HOMME, COMME SI VOUS ETIEZ MARIEE ?	Oui, actuellement mariée 1 Oui, vit avec un homme 2 Non, pas en union 3	3⇒MA5
MA2. QUEL AGE A VOTRE MARI/PARTENAIRE ? <i>Insister:</i> QUEL AGE AVAIT-IL A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Age en années __ __ NSP 98	
MA3. EN PLUS DE VOUS-MEME, EST-CE QUE VOTRE MARI/ PARTENAIRE A D'AUTRES EPOUSES/ FEMMES OU VIT-IL AVEC D'AUTRES FEMMES COMME S'IL ETAIT MARIE ?	Oui 1 Non 2	2⇒MA7
MA4. COMBIEN D'AUTRES FEMMES OU PARTENAIRES A-T-IL ?	Nombre __ __ NSP 98	⇒MA7 98⇒MA7
MA5. AVEZ-VOUS DEJA ETE MARIEE OU AVEZ-VOUS DEJA VECU AVEC UN HOMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIEE ?	Oui, a été mariée 1 Oui, a vécu avec un homme 2 Non 3	3⇒Module suivant
MA6. QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ETES-VOUS VEUVE, DIVORCEE OU SEPARÉE ?	Veuve 1 Divorcée 2 Séparée 3	
MA7. AVEZ-VOUS ETE MARIEE OU AVEZ-VOUS VECU AVEC UN HOMME UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS ?	Une seule fois 1 Plus d'une fois 2	1⇒MA8A 2⇒MA8B
MA8A. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIEE OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE AVEC UN HOMME ? MA8B. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIEE POUR LA <u>PREMIERE</u> FOIS OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE AVEC UN HOMME POUR LA <u>PREMIERE</u> FOIS?	Date du (premier) mariage Mois __ __ NSPMois 98 Année __ __ __ __ NSPAnnée 9998	⇒ Module suivant
MA9. QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCE A VIVRE AVEC VOTRE <u>PREMIER</u> MARI/PARTENAIRE ?	Age (en années) __ __	

COMPOTEMENT SEXUEL		SB
Vérifier la présence d'autres personnes. Avant de continuer, assurer que vous êtes en privé avec l'enquêtée.		
SB1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE ACTIVITE SEXUELLE AFIN DE MIEUX COMPRENDRE CERTAINS PROBLEMES DE LA VIE ? LES INFORMATIONS QUE VOUS FOURNIREZ RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES. QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA TOUTE PREMIERE FOIS ?	N'a jamais eu de rapports sexuels00 Age en années 1ère fois en commençant à vivre avec (1er) mari/partenaire95	00⇒Module suivant
SB2. LA PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP / Ne se souvient pas8	
SB3. QUAND AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA DERNIERE FOIS ? <i>Enregistrer la réponse en nombre de jours, semaines ou mois si moins de 12 mois (1 an). Si 12 mois (1 an) ou plus de 12 mois, la réponse doit être enregistrée en années.</i>	Il y a ... jours1 Il y a ... semaines.....2 Il y a ... mois.....3 Il y a ... ans4	4⇒SB15
SB4. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui.....1 Non.....2	
SB5. QUELLE ETAIT VOTRE RELATION AVEC LA PERSONNE AVEC QUI VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS? <i>Insister pour vous assurer que la réponse réfère au type de relation au moment du rapport sexuel</i> <i>Si 'petit ami', demander: VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉS? Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.</i>	Mari1 Partenaire cohabitant2 Petit ami3 Rencontre occasionnelle4 Autre (préciser)6	3⇒SB7 4⇒SB7 6⇒SB7
SB6. Vérifier MA1: <input type="checkbox"/> Actuellement mariée ou vivant en union avec un homme (MA1 = 1 ou 2) ⇒ Aller à SB8 <input type="checkbox"/> Pas mariée / Pas en union (MA1 = 3) ⇒ Continuer avec SB7		
SB7. QUEL AGE A CETTE PERSONNE ? <i>Si NSP, insister :</i> QUEL AGE A CETTE PERSONNE ENVIRON ?	Âge du partenaire sexuel NSP98	
SB8. AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES	Oui.....1 Non.....2	2⇒SB15

12 DERNIERS MOIS ?		
SB9. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CETTE AUTRE PERSONNE EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui..... 1 Non..... 2	
SB10. QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC CETTE PERSONNE ? <i>Insister pour vous assurer que la réponse réfère au type de relation au moment du rapport sexuel</i> <i>Si 'petit ami', demander: VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉS? Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.</i>	Mari 1 Partenaire cohabitant 2 Petit ami 3 Rencontre occasionnelle 4 Autre (préciser) 6	3⇒SB12 4⇒SB12 6⇒SB12
SB11. Vérifier MA1 et MA7: <input type="checkbox"/> Actuellement mariée ou vivant en union avec un homme (MA1 = 1 ou 2) ET A été mariée ou a vécu avec un homme seulement une fois (MA7 = 1) ⇒ Aller à SB13 <input type="checkbox"/> Sinon ⇒ Continuer avec SB12		
SB12. QUEL AGE A CETTE PERSONNE ? <i>Si NSP, insister :</i> QUEL AGE A CETTE PERSONNE ENVIRON ?	Age du partenaire sexuel NSP 98	
SB13. MIS A PART CES DEUX PERSONNES, AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒SB15
SB14. EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Nombre de partenaires	
SB15. EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS DANS TOUTE VOTRE VIE ? <i>En cas de réponse non numérique, insister pour obtenir une estimation.</i> <i>Si le nombre de partenaires est égal à 95 ou plus, inscrire '95'.</i>	Nombre de partenaires au cours de la vie NSP 98	

VIH/SIDAHA		
HA1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	2⇒Module suivant
HA2. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT REDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN AYANT SEULEMENT UN PARTENAIRE SEXUEL QUI N'EST PAS INFECTE ET QUI N'A AUCUN AUTRE PARTENAIRE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
HA3. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU AUTRES MOYENS SURNATURELS ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
HA4. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT REDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN UTILISANT UN CONDOM CHAQUE FOIS QU'ILS ONT DES RAPPORTS SEXUELS ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
HA5. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR DES PIQURES DE MOUSTIQUES ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
HA6. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA NOURRITURE AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
HA7. EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARAISSANT EN BONNE SANTE AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
HA8. EST-CE QUE LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA PEUT ETRE TRANSMIS DE LA MERE A SON BEBE : [A] AU COURS DE LA GROSSESSE ? [B] PENDANT L'ACCOUCHEMENT ? [C] EN ALLAITANT ?	<div style="text-align: right; margin-bottom: 5px;"> Oui Non NSP </div> Au cours de la grossesse..... 1 2 8 Pendant l'accouchement..... 1 2 8 En allaitant..... 1 2 8	
HA8A. Vérifier HA8. [A], [B]et [C] <input type="checkbox"/> Toutes : 'Non' ou 'NSP' ⇒ Aller à HA9 <input type="checkbox"/> Au moins un 'oui' ⇒ Continuer avec HA8B		
HA8B. EST-CE QU'IL Y A DES MEDICAMENTS SPECIAUX QU'UN MEDECIN OU UNE INFIRMIERE PEUT DONNER A UNE FEMME QUI A LE VIRUS DU SIDA POUR REDUIRE LE RISQUE DE TRANSMISSION A SON BEBE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend8	
HA9. À VOTRE AVIS, SI UNE ENSEIGNANTE A LE VIRUS DU SIDA MAIS QU'ELLE N'EST PAS MALADE, EST-CE QU'ELLE DEVRAIT ETRE AUTORISEE A CONTINUER D'ENSEIGNER A L'ECOLE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend8	
HA10. EST-CE QUE VOUS ACHETERIEZ DES LEGUMES FRAIS A UN MARCHAND OU A UN VENDEUR SI VOUS SAVIEZ QUE CETTE PERSONNE A LE VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend8	
HA11. SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SOUHAITERIEZ-VOUS QUE SON ETAT RESTE SECRET ?	Oui.....1 Non.....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend8	
HA12. SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SERIEZ-VOUS PRETE A PRENDRE SOIN DE LUI/ELLE DANS VOTRE PROPRE MENAGE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend8	
HA12A. PENSEZ-VOUS QUE LES ENFANTS VIVANT AVEC LE VIRUS DU SIDA POURRAIENT FREQUENTER LA MEME ECOLE QUE LES ENFANTS QUI N'ONT PAS LE	Oui.....1 Non.....2	

VIRUS DU SIDA?	NSP / Pas sûre / Ça dépend8																					
HA13. Vérifier CM13: Une naissance vivante au cours des 3 dernières années ? <input type="checkbox"/> Non, pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années (CM13=« Non » ou blanc). ⇒ Aller à HA24. <input type="checkbox"/> Une ou plusieurs naissances vivantes au cours des 2 dernières années ⇒ Continuer avec HA14																						
HA14. Vérifier MN1: A reçu des soins prénatals ? <input type="checkbox"/> Oui, soins prénatals reçus. ⇒ Continuer avec HA15 <input type="checkbox"/> Non, pas de soins prénatals ⇒ Aller à HA24																						
HA15. AU COURS D'UNE DES VISITES PRENATALES POUR VOTRE GROSSESSE DE (nom), AVEZ-VOUS REÇU DES INFORMATIONS SUR: [A] LES BEBES QUI ATTRAPENT LE VIRUS DU SIDA PAR LEUR MERE? [B] LES CHOSES QUE VOUS POUVEZ FAIRE POUR EVITER D'ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA? [C] LA POSSIBILITE DE FAIRE UN TEST POUR LE VIRUS DU SIDA? VOUS A-T-ON: [D] PROPOSE DE FAIRE UN TEST POUR LE VIRUS DU SIDA?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>O</th> <th>N</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIDA par la mère</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Choses à faire</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Test de SIDA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Proposé un test</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		O	N	NSP	SIDA par la mère	1	2	8	Choses à faire	1	2	8	Test de SIDA	1	2	8	Proposé un test	1	2	8	
	O	N	NSP																			
SIDA par la mère	1	2	8																			
Choses à faire	1	2	8																			
Test de SIDA	1	2	8																			
Proposé un test	1	2	8																			
HA16. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS AVEZ-VOUS ETE TESTEE POUR LE VIRUS DU SIDA DANS LE CADRE DE VOS SOINS PRENATALS ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	2⇒HA19 8⇒HA19																				
HA17. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	2⇒HA22 8⇒HA22																				
HA18. QUEL QUE SOIT LE RESULTAT, TOUTES LES FEMMES QUI ONT EFFECTUE LE TEST SONT SUPPOSEES RECEVOIR DES CONSEILS APRES AVOIR REÇU LES RESULTATS. APRES AVOIR ETE TESTEE, AVEZ-VOUS REÇU DES CONSEILS ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	1⇒HA22 2⇒HA22 8⇒HA22																				
HA19. Vérifier MN17 : Accouchement par un professionnel de la santé (A, B, C, D ou E)? <input type="checkbox"/> Oui, accouchement par un professionnel de la santé ⇒Continuer avec HA20 <input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé ⇒ Aller à HA24																						
HA20. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS ETE TESTEE POUR LE VIRUS DU SIDA ENTRE LE MOMENT OU VOUS ETES VENUE POUR L'ACCOUCHEMENT ET AVANT LA NAISSANCE DU BEBE ?	Oui.....1 Non.....2	2⇒HA24																				
HA21. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui.....1 Non.....2																					
HA22. AVEZ-VOUS EFFECTUE UN TEST POUR LE VIRUS DU SIDA DEPUIS LE MOMENT OU VOUS AVEZ ETE TESTEE AU COURS DE VOTRE GROSSESSE ?	Oui.....1 Non.....2	1⇒HA25																				
HA23. QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST DU POUR LE VIRUS DU SIDA POUR LA DERNIERE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois1 Il y a 12-23 mois2 Il y a 2 ans ou plus.....3	1⇒Module suivant 2⇒ Module suivant 3⇒ Module suivant																				
HA24. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS	Oui.....1																					

AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIRUS DU SIDA ?	Non.....2	2⇒HA27
HA25. QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST POUR LA DERNIERE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois1 Il y a 12-23 mois2 Il y a 2 ans ou plus3	
HA26. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	1⇒ Module suivant 2⇒ Module suivant 8⇒ Module suivant
HA27. CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU LES GENS PEUVENT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2	

MORTALITE MATERNELLEMM		
MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR VOS FRERES ET SŒURS, C'EST-A-DIRE TOUS LES ENFANTS NES DE VOTRE MERE BIOLOGIQUE. INCLUEZ TOUS VOS SŒURS ET FRERES QUI VIVENT AVEC VOUS, CEUX QUI VIVENT AILLEURS ET CEUX QUI SONT DECEDES.		
MM1. A COMBIEN D'ENFANTS, VOUS MEME COMPRIS, VOTRE MERE A-T-ELLE DONNE NAISSANCE?	Nombre de naissances de la mère biologique _____	
MM2. Vérifier MM1. <input type="checkbox"/> Deux ou plus naissances ⇒ Continuer avec MM3 <input type="checkbox"/> Seulement une naissance (répondante seulement) ⇒ Aller au Module suivant		
MM3. COMBIEN DE CES NAISSANCES VOTRE MERE A EUES AVANT VOTRE PROPRE NAISSANCE ?	Nombre de naissances précédentes _____	

	[S1] La + âgée	[S2] Après la +âgée	[S3] Suivante	[S4] Suivante
MM4. QUEL EST LE NOM DE VOTRE FRERE/SŒUR LE/LA PLUS AGE(E) (ET DU/DE LA SUIVANT(E) ?	_____	_____	_____	_____
MM5. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST UN HOMME OU UNE FEMME ?	Homme 1 Femme 2	Homme 1 Femme 2	Homme..... 1 Femme 2	Homme..... 1 Femme 2
MM6. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST TOUJOURS VIVANT(E)?	Oui 1 Non 2 ⇒MM8 NSP 8 ⇒[S2]	Oui 1 Non 2 ⇒MM8 NSP 8 ⇒[S3]	Oui 1 Non 2 ⇒MM8 NSP 8 ⇒[S4]	Oui..... 1 Non..... 2 ⇒MM8 NSP 8 ⇒[S5]
MM7. QUEL AGE A (<i>nom</i>)?	_____ ⇒ Aller à [S2]	_____ ⇒Aller à [S3]	_____ ⇒Aller à [S4]	_____ ⇒Aller à [S5]
MM8. IL Y A COMBIEN D'ANNEES QUE (<i>nom</i>) EST DECEDE(E)?	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____
MM9. QUEL AGE AVAIT (<i>nom</i>) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ?	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____

MM9A. Vérifier MM5 et MM9. <i>Est-ce qu'il s'agit d'un frère ou d'une sœur décédée avant 12 ans ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S2] <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer à MM10	<input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S3] <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer à MM10	<input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S4] <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer à MM10	<input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S5] <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer à MM10
MM10. EST-CE QUE (<i>nom</i>) ETAIT ENCEINTE QUAND ELLE EST DECEDEE ?	Oui 1 ⇒ MM13 Non 2	Oui 1 ⇒ MM13 Non 2	Oui 1 ⇒ MM13 Non 2	Oui 1 ⇒ MM13 Non 2
MM11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST DECEDEE DURANT UN ACCOUCHEMENT ?	Oui 1 ⇒ MM13 Non 2	Oui 1 ⇒ MM13 Non 2	Oui 1 ⇒ MM13 Non 2	Oui 1 ⇒ MM13 Non 2
MM12. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST DECEDEE DANS LES 2 MOIS QUI ONT SUIVI LA FIN DE LA GROSSESSE OU L'ACCOUCHEMENT ?	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2
MM13. A COMBIEN D'ENFANTS VIVANTS (<i>nom</i>) A-T-ELLE DONNE NAISSANCE DANS TOUTE SA VIE ?	— —	— —	— —	— —
MM14.	<i>Si plus de frères /sœurs, module suivant</i>	<i>Si plus de frères /sœurs, module suivant</i>	<i>Si plus de frères /sœurs, module suivant</i>	<i>Si plus de frères /sœurs, module suivant</i>

	[S5] La plus âgée	[S6] Suivante	[S7] Suivante	[S8] Suivante
MM4. QUEL EST LE NOM DE VOTRE FRERE/SŒUR LE/LA PLUS AGE(E) (ET DU/DE LA SUIVANT(E) ?	_____	_____	_____	_____
MM5. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST UN HOMME OU UNE FEMME ?	Homme 1 Femme 2	Homme 1 Femme 2	Homme 1 Femme 2	Homme 1 Femme 2
MM6. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST TOUJOURS VIVANT(E) ?	Oui 1 Non 2 ⇒ MM8 NSP 8 ⇒ [S6]	Oui 1 Non 2 ⇒ MM8 NSP 8 ⇒ [S7]	Oui 1 Non 2 ⇒ MM8 NSP 8 ⇒ [S8]	Oui 1 Non 2 ⇒ MM8 NSP 8 ⇒ [S9]
MM7. QUEL AGE A (<i>nom</i>) ?	— — ⇒ Aller à [S6]	— — Aller à [S7]	— — Aller à [S8]	— — Aller à [S9]
MM8. IL Y A COMBIEN D'ANNEES QUE (<i>nom</i>) EST DECEDE(E) ?	— —	— —	— —	— —
MM9. QUEL AGE AVAIT (<i>nom</i>) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ?	— —	— —	— —	— —
MM9A. Vérifier MM5 et MM9. <i>Est-ce qu'il s'agit d'un frère ou d'une sœur décédée avant 12 ans ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S6] <input type="checkbox"/> Non ⇒ Con- tinuer à MM10	<input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S7] <input type="checkbox"/> Non ⇒ Con- tinuer à MM10	<input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S8] <input type="checkbox"/> Non ⇒ Con- tinuer à MM10	<input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S9] <input type="checkbox"/> Non ⇒ Con- tinuer à MM10
MM10. EST-CE QUE (<i>nom</i>) ETAIT ENCEINTE QUAND ELLE EST DECEDEE ?	Oui 1 ⇒ MM13	Oui 1 ⇒ MM13	Oui 1 ⇒ MM13	Oui 1 ⇒ MM13

	Non 2	Non 2	Non.....2	Non.....2
MM11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST DECEDEE DURANT UN ACCOUCHEMENT ?	Oui 1 ⇒MM13 Non 2	Oui 1 ⇒MM13 Non 2	Oui.....1 ⇒MM13 Non.....2	Oui.....1 ⇒MM13 Non.....2
MM12. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST DECEDEE DANS LES 2 MOIS QUI ONT SUIVI LA FIN DE LA GROSSESSE OU L'ACCOUCHEMENT ?	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui.....1 Non.....2	Oui.....1 Non.....2
MM13. A COMBIEN D'ENFANTS VIVANTS (<i>nom</i>) A-T-ELLE DONNE NAISSANCE DANS TOUTE SA VIE ?	__ __	__ __	__ __	__ __
MM14.	<i>Si plus de frères /sœurs, module suivant</i>	<i>Si plus de frères /sœurs, module suivant</i>	<i>Si plus de frères /sœurs, module suivant</i>	<i>Si plus de frères /sœurs, module suivant</i>
			Cocher ici si un autre questionnaire est utilisé <input type="checkbox"/>	

CONSUMMATION DE TABAC ET D'ALCOOL		TA
TA1. AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DE FUMER UNE CIGARETTE, MEME UNE OU DEUX BOUFFEES?	Oui 1 Non 2	2⇒TA6
TA2. QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ FUME UNE CIGARETTE ENTIERE POUR LA PREMIERE FOIS?	Jamais fumé une cigarette entière 00 Age ____	00⇒TA6
TA3. FUMEZ-VOUS DES CIGARETTES ACTUELLEMENT?	Oui 1 Non 2	2⇒TA6
TA4. AU COURS DES DERNIERES 24H, COMBIEN DE CIGARETTES AVEZ-VOUS FUME?	Nombre de cigarettes ____	
TA5. AU COURS DU MOIS DERNIER, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS FUME DES CIGARETTES? <i>Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours. Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10". Si "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30"</i>	Nombre de jours 0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois 10 Chaque jour/Presque chaque jour 30	
TA6. AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DE FUMER DES PRODUITS DE TABAC AUTRES QUE LES CIGARETTES, COMME LES CIGARES, LA CHICHA, LES CIGARILLOS OU LA PIPE?	Oui 1 Non 2	2⇒TA10
TA7. AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS CONSOMME UN DE CES PRODUITS DE TABAC A FUMER ?	Oui 1 Non 2	2⇒TA10
TA8. QUEL TYPE DE PRODUITS DE TABAC A FUMER AVEZ-VOUS CONSOMME AU COURS DU DERNIER MOIS? <i>Encercler tout ce qui a été mentionné.</i>	Cigares A Pipe D Tabac à mâcher/chiquer E Tabac à priser F Autre (préciser) X	
TA9. AU COURS DU DERNIER MOIS, DURANT COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS UTILISE DES PRODUITS DE TABAC A FUMER ? <i>Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours. Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10". Si "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30"</i>	Nombre de jours 0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois 10 Chaque jour/Presque chaque jour 30	

TA10. AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS COMME LE TABAC A CHIQUER, A PRISER ?	Oui..... 1 Non..... 2	2 ⇒TA14
TA11. AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS UTILISE DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ?	Oui..... 1 Non..... 2	2 ⇒TA14
TA12. QUEL TYPE DE PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS AVEZ-VOUS UTILISE AU COURS DU DERNIER MOIS? <i>Encercler tout ce qui a été mentionné</i>	Tabac à mâcher/chiquerA A priserB Autre (préciser)X	
TA13. AU COURS DU MOIS DERNIER, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS UTILISE DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ? <i>Si moins de 10jours, noter le nombre de jours. Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10". Si "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30"</i>	Nombre de jours..... 0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois 10 Chaque jour/Presque chaque jour 30	
TA14. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL. AVEZ-VOUS DEJA BU DE L'ALCOOL?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒Module suivant
TA15. NOUS COMPTONS COMME UNE DOSE D'ALCOOL, UNE CANETTE OU UNE BOUTEILLE DE BIERE, UN VERRE DE VIN, UNE DOSE DE COGNAC, VODKA, WHISKEY OU VIN DE DE PALME, VIN DE RAPHIA, ETC. QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ BU POUR LA PREMIERE FOIS DE L'ALCOOL AUTRE QUE QUELQUES GORGEES?	Jamais bu d'alcool..... 00 Age ____ ____	00⇒Module suivant
TA16. AU COURS DU DERNIER MOIS, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS BU AU MOINS UNE DOSE D'ALCOOL? <i>Si le répondant n'a pas bu, encercler "00". Si c'est moins de 10 jours, noter le nombre de jours. Si c'est 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10". Si c'est "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30"</i>	N'a pas bu au cours du dernier mois 00 Nombre de jours..... 0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois 10 Chaque jour/Presque chaque jour 30	00⇒Module suivant
TA17. AU COURS DU DERNIER MOIS, LES JOUR OU VOUS AVEZ BU DE L'ALCOOL, COMBIEN DE DOSES PRENIEZ-VOUS HABITUELLEMENT ?	Nombre de doses ____ ____	

SATISFACTION DE LA VIELS		
LS1. Vérifier WB2: Age de la répondante entre 15 et 24 ans? <input type="checkbox"/> Age 25à 49 ⇒ Aller à WM11 <input type="checkbox"/> Age 15 à 24 ⇒ Continuer avec LS2		
LS2. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SIMPLES A PROPOS DU BONHEUR ET DE LA SATISFACTION. PREMIEREMENT, DANS L'ENSEMBLE, DIRIEZ-VOUS QUE VOUS ETES TRES HEUREUSE, ASSEZ HEUREUSE, NI HEUREUSE NI MALHEUREUSE, ASSEZ MALHEUREUSE OU TRES MALHEUREUSE ? VOUS POUVEZ EGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS REPONSES. <i>Montrer le coté 1 de la carte réponse et expliquer ce que représente chaque symbole. Encercler la réponse montrée par l'enquêtée.</i>	Très heureuse..... 1 Assez heureuse 2 Ni heureuse ni malheureuse..... 3 Assez malheureuse 4 Très malheureuse 5	
LS3. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION DANS DIFFERENTS DOMAINES. POUR CHAQUE CAS, IL Y A CINQ REPONSES POSSIBLES : DITES-MOI, SVP, POUR CHAQUE QUESTION SI VOUS ETES TRES SATISFAITE, ASSEZ SATISFAITE, NI SATISFAITE NI INSATISFAITE, ASSEZ INSATISFAITE OU TRES INSATISFAITE. VOUS POUVEZ EGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS REPONSES. <i>Montrer le coté 2 de la carte réponse et expliquer ce que représente chaque symbole. Encercler la réponse montrée par l'enquêtée pour les questions LS3 à LS13.</i> QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION DE VOTRE VIE DE FAMILLE?	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS4. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOS AMIS?	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS5. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE <i>actuelle/ 2015-2016</i>, ETES-VOUS ALLEE A L'ECOLE ?	Oui 1 Non 2	2⇒LS7

LS6. QUEL EST (ETAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE ECOLE?	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS7. QUEL EST (ETAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE TRAVAIL ACTUEL?	N'a pas de travail 0 Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS8. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE SANTE ?	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS9. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE L'ENDROIT OU VOUS VIVEZ? <i>Au besoin, expliquer que la question fait référence à l'environnement où elle vit, notamment le quartier et l'habitat.</i>	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS10. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE LA FAÇON DONT LES GENS AUTOUR DE VOUS VOUS TRAITENT ?	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS11. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE APPARENCE PHYSIQUE ?	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS12. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE VIE EN GENERAL ?	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS13. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE REVENU ACTUEL ? <i>Si l'enquêtée répond qu'elle n'a pas de revenu, Encercler le code "0" et aller à la question suivante. N'insister pas pour savoir comment elle se sent vis-à-vis du fait de ne pas avoir de revenu, à moins qu'elle ne le dise d'elle-même.</i>	N'a pas de revenu 0 Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	

LS14. COMPARE A L'ANNEE DERNIERE A LA MEME EPOQUE, DIRIEZ-VOUS QUE, DE MANIERE GENERALE, VOTRE VIE S'EST AMELIOREE, EST RESTEE PLUS OU MOINS LA MEME OU A EMPIRE?	Améliorée 1 Plus ou moins la même 2 Empiré..... 3	
LS15. ET DANS UN AN, A COMPTER DE MAINTENANT, VOUS ATTENDEZ-VOUS A CE QUE, D'UNE MANIERE GENERALE, VOTRE VIE SOIT MEILLEURE, SOIT PLUS OU MOINS LA MEME OU SOIT PIRE ?	Meilleure 1 Plus ou moins la même 2 Pire..... 3	

WM11. Enregistrer l'heure.	Heure et minutes :	
-----------------------------------	--------------------------------	--

WM12. Vérifier la liste des membres du ménage, colonnes HL7B et HL15.
L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne qui prend soin d'un enfant de 0-4 vivant dans le ménage ?

☐ *Oui. ⇒ Compléter le résultat de ce questionnaire femme (WM7) sur la page de couverture et puis aller au QUESTIONNAIRE ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS pour cet enfant et commencer l'interview avec cette enquêtée.*

☐ *Non. ⇒ Terminer l'interview avec cette enquêtée en la remerciant pour sa coopération et compléter le résultat du questionnaire femme (WM7) sur la page de couverture.*






☐ *⇒ Si l'enquêté(e) a eu un enfant de moins de 5 ans décédé dans les 3 dernières années, dites-lui que votre collègue reviendra plus tard pour d'autres renseignements.*

Observations de l'enquêtrice






Observations du Chef d'équipe

Carte-réponse pour module satisfaction de vie :

Coté 1

Très heureuse	Assez heureuse	Ni heureuse, ni malheureus e	Assez malheureus e	Très malheureuse
				

Coté 2

Très satisfaite	Assez satisfaite	Ni satisfaite, ni insatisfaite	Assez insatisfaite	Très insatisfaite
				

Questionnaire individuel enfant



REPUBLIQUE DE GUINEE

QUESTIONNAIRE ENFANT

Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS, 2016)

PANNEAU D'INFORMATION SUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS UF

Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou gardiennes (voir liste des membres du ménage, colonne HI15) qui prennent soin d'enfants de moins de 5 ans vivant avec elles (voir liste des membres du ménage, colonne HL7B). Un questionnaire séparé doit être utilisé pour chaque enfant éligible.

UF1. Numéro de grappe :

UF2. Numéro de ménage :

UF3. Nom de l'enfant :

Nom _____

UF4. Numéro de ligne de l'enfant :

UF5. Nom de la mère / gardienne :

Nom _____

UF6. Numéro de ligne de la mère / gardienne :

UF7. Nom et code de l'enquêtrice :

Nom _____

UF8. Jour / Mois / Année de l'interview :

___ / ___ / 2016

Si ce n'est pas déjà fait, se présenter à la personne qui répond:

NOUS FAISONS PARTIE (INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE). NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE (*nom de l'enfant en UF3*). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON (30) MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.

Si la présentation au début du questionnaire ménage était déjà faite à la personne qui répond, lire la phrase suivante:

MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE (*nom de l'enfant en UF3*). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON (30) MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.

PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?

☐ *Oui, permission accordée* ⇒ Aller à UF12 pour enregistrer l'heure et commencer l'interview.

☐ *Non, permission non accordée* ⇒ Encercler '03' à UF9. Discuter ce résultat avec le chef d'équipe.

UF9. Résultat de l'interview pour les enfants de moins de 5 ans :

Les codes font référence à la mère/gardien(ne).

Rempli	01
Pas à la maison	02
Refusé	03
Partiellement rempli	04
Incapacité	05
Autre (<i>préciser</i>)	96

UF12. Enregistrer l'heure.	Heure et minutes : ..	
-----------------------------------	-----------------------------	--

AGE	AG	
<p>AG1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LE DEVELOPPEMENT ET LA SANTE DE (<i>nom</i>).</p> <p>QUEL JOUR, QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (<i>nom</i>) EST-IL/ELLE NE/E ?</p> <p><i>Insister:</i> QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ?</p> <p>Si la mère/gardienne connaît la date de naissance exacte, inscrire également le jour ; sinon, encercler 98 pour jour</p> <p>Le mois et l'année doivent être enregistrés.</p>	<p>Date de naissance :</p> <p>Jour 98</p> <p>Ne sait pas jour 98</p> <p>Mois 98</p> <p>Année..... 201</p>	
<p>AG2. QUEL AGE A (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Insister :</i> QUEL AGE A EU (<i>nom</i>) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?</p> <p>Enregistrer l'âge en années révolues.</p> <p>Si moins de 1 an, encercler '2' et noter l'âge en mois révolus sur la deuxième ligne.</p> <p>Comparer et corriger AG1 et/ou AG2 si incohérentes.</p>	<p>Âge (enannées révolues)..... 1</p> <p>Mois révolus (si moins d'un an) 2</p>	

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES BR		
BR1. (Nom)A-T-IL/ELLE UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE ? <i>Si oui, demander</i> PUIS-JE LE VOIR ?	Oui, vu 1	1⇒Module Suivant 2⇒Module Suivant
	Oui, non vu 2	
	Non 3	
	NSP 8	
BR2. LA NAISSANCE DE (nom) A-T-ELLE ETE ENREGISTREE/DECLAREE AUPRES <i>de l'état civil</i> ?	Oui 1	1⇒ Module Suivant
	Non 2	
	NSP 8	
BR3. SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE (nom) ?	Oui 1	
	Non 2	
BR4. POUR QUELLE RAISON PRINCIPALE N'AVEZ-VOUS PAS ENREGISTRE (NOM) A L'ETAT CIVIL ?	Mairie trop éloignée 1	
	Pas d'argent pour le faire 2	
	Par paresse 3	
	Pas d'importance 4	
	NSP 8	

DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT EC		
EC1. COMBIEN DE LIVRES D'ENFANTS OU DE LIVRES D'IMAGES AVEZ-VOUS POUR (<i>nom</i>) ?	Nombre de livres d'enfant 0 ____ Dix livres ou plus 10	
EC2. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELS OBJETS (<i>nom</i>) UTILISE POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST A LA MAISON. EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC : [A] DES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON (COMME DES POUPEES, VOITURES OU AUTRES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON) ? [B] DES JOUETS D'UN MAGASIN OU DES JOUETS D'UN FABRICANT ? [C] OBJETS DU MENAGE (COMME DES BASSINES, CASSEROLES), OU DES OBJETS TROUVES DEHORS (COMME DES BATONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLES) ? Si l'enquêté(e) dit "Oui" à une des catégories ci-dessus, insister pour savoir précisément avec quoi l'enfant joue pour être sûr de la réponse.	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">O N NSP</div> Jouets fabriqué à la maison 1 2 8 Jouets de magasin/Fabricant 1 2 8 Objets du ménage ou objets du dehors 1 2 8	
EC3. 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 PASSEE, COMBIEN DE JOURS (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE ETE: [A] LAISSE SEUL(E) PENDANT PLUS D'UNE HEURE ? [B] LAISSE A LA GARDE D'UN AUTRE ENFANT C'EST-A-DIRE QUELQU'UN DE MOINS DE 10 ANS, PENDANT PLUS D'UNE HEURE ? Si 'jamais', inscrire '0'. Si 'Ne sait pas', inscrire '8'	Nombre de jours laissé seul pendant plus d'une heure ____ Nombre de jours laissé avec un enfant pendant plus d'une heure ____	
EC4. Vérifier AG2: Age de l'enfant <input type="checkbox"/> Enfant de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Aller au Module suivant <input type="checkbox"/> Enfant de 3 ou 4 ans ⇒ Continuer avec EC5		
EC5. (<i>Nom</i>) S'IL/ELLE UN PROGRAMME	Oui 1	

D'APPRENTISSAGE EDUCATIF OU UNE CLASSE D'EVEIL, DANS UN ETABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANTS OU UNE GARDERIE COMMUNAUTAIRE ?	Non2 NSP8	
--	--------------------------	--

<p>EC7. PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS, VOUS OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE DE 15 ANS OU PLUS, PARTICIPE AVEC (<i>nom</i>) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES :</p> <p><i>Si oui, demander:</i> QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Encercler tout ce qui est mentionné.</i></p> <p>[A] LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRÉS AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p>[B] RACONTER DES HISTOIRES A (<i>nom</i>) ?</p> <p>[C] CHANTER DES CHANSONS A (<i>nom</i>) OU AVEC (<i>nom</i>), Y COMPRIS DES BERCEUSES ?</p> <p>[D] EMMENER (<i>nom</i>) EN PROMENADE EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, DE LA COUR OU DE L'ENCEINTE ?</p> <p>[E] JOUER AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p>[F] NOMMER, COMPTER, ET/OU DESSINER DES CHOSES POUR OU AVEC (<i>nom</i>) ?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Mère</th> <th>Père</th> <th>Autre</th> <th>Pers-son-ne</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lire des livres</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Raconter des histoires</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Chanter des chansons</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Promener</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Jouer</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Nommer/Compter</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		Mère	Père	Autre	Pers-son-ne	Lire des livres	A	B	X	Y	Raconter des histoires	A	B	X	Y	Chanter des chansons	A	B	X	Y	Promener	A	B	X	Y	Jouer	A	B	X	Y	Nommer/Compter	A	B	X	Y	
	Mère	Père	Autre	Pers-son-ne																																	
Lire des livres	A	B	X	Y																																	
Raconter des histoires	A	B	X	Y																																	
Chanter des chansons	A	B	X	Y																																	
Promener	A	B	X	Y																																	
Jouer	A	B	X	Y																																	
Nommer/Compter	A	B	X	Y																																	
<p>EC8. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LA SANTE ET LE DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT. LES ENFANTS NE SE DEVELOPPENT PAS TOUS DE MANIERE IDENTIQUE ET ILS N'APPRENNENT PAS TOUS A LA MEME VITESSE. CERTAINS, PAR EXEMPLE, MARCHENT PLUS TOT QUE D'AUTRES. CES QUESTIONS PORTENT SUR PLUSIEURS ASPECTS DU DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT.</p> <p>EST-CE QUE (<i>nom</i>) CONNAIT OU PEUT CITER AU MOINS DIX LETTRES DE L'ALPHABET ?</p>	<p>Oui.....1 Non.....2 NSP8</p>																																				
<p>EC9. EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT LIRE AU MOINS QUATRE MOTS SIMPLES, COURANTS ?</p>	<p>Oui.....1 Non.....2 NSP8</p>																																				
<p>EC10. EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT CITER ET RECONNAITRE TOUS LES CHIFFRES DE 1 A 10 ?</p>	<p>Oui.....1 Non.....2 NSP8</p>																																				
<p>EC11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT ATTRAPER PAR TERRE AVEC DEUX DOIGTS UN PETIT OBJET, COMME UN BATON OU UN CAILLOU ?</p>	<p>Oui.....1 Non.....2</p>																																				

	NSP 8	
EC12. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST PARFOIS TROP MALADE POUR JOUER ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	
EC13. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST CAPABLE DE SUIVRE DE SIMPLES INSTRUCTIONS SUR COMMENT FAIRE QUELQUE CHOSE CORRECTEMENT ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	
EC14. QUAND ON DONNE QUELQUE CHOSE A FAIRE A (<i>nom</i>), EST-IL/ELLE CAPABLE DE LE FAIRE DE MANIERE INDEPENDANTE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	
EC15. EST-CE QUE (<i>nom</i>) S'ENTEND BIEN AVEC LES AUTRES ENFANTS ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	
EC16. EST-CE QUE (<i>nom</i>) DONNE DES COUPS DE PIEDS, MORD, OU FRAPPE LES AUTRES ENFANTS OU LES ADULTES ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	
EC17. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST FACILEMENT DISTRAIT (E)?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	

ALLAITEMENT ET APPORT ALIMENTAIREBD																																				
BD1. Vérifier AG2: Age de l'enfant <input type="checkbox"/> L'enfant a 0, 1 ou 2 ans ⇒ Continuer avec BD2 <input type="checkbox"/> L'enfant a 3 ou 4 ans ⇒ Aller au Module VACCINATION DES ENFANTS																																				
BD2. EST-CE QUE (nom) A ETE ALLAITE (E)?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	2⇒BD4 8⇒BD4																																		
BD3. EST-CE QUE (nom) EST ENCORE ALLAITE (E)?	Oui..... 1 Non..... 2	1⇒BD4																																		
BD3A. QUEL AGE(EN MOIS) AVAIT (nom) QUAND VOUS AVEZ CESSEZ DE L'ALLAITER ? <i>Enregistrer '98' si ne sait pas.</i>	Mois..... __ __ NSP 98																																			
BD4. HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU QUELQUE CHOSE AU BIBERON ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8																																			
BD5. HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU UNE SRO (SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE) ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8																																			
BD6. HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A PRIS DES VITAMINES OU DES SUPPLEMENTS MINERAUX OU N'IMPORTE QUEL MEDICAMENT?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8																																			
BD7. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LES (AUTRES) LIQUIDES QUE (nom) POURRAIT AVOIR PRIS HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT. JE VOUDRAIS SAVOIR SI (nom) A REÇU LIQUIDE MEME SI COMBINE AVEC D'AUTRES ALIMENTS. SVP, INCLURE AUSSI TOUS LES LIQUIDES CONSOMMES EN DEHORS DE LA MAISON. EST-CE QUE (nom) A BU (Nom de la boisson) HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT:	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>O</th> <th>N</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[A] DE L'EAU SIMPLE?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>[B] DU JUS DE FRUITS OU DES BOISSONS A BASE DE JUS DE FRUITS?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>[C] DE LA SOUPE CLAIRE OU DU BOUILLON ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>[D] DU LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td><i>Si oui : COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (nom) A BU DU LAIT? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i></td> <td colspan="3">Nombre de fois lait bu —</td> </tr> <tr> <td>[E] UNE PREPARATION DE LAIT MATERNISE POUR BEBE VENDUE EN COMMERCE?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td><i>Si oui : COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (nom) A BU UNE PREPARATION DE LAIT</i></td> <td colspan="3">Nombre de fois lait maternisé pour bébé —</td> </tr> </tbody> </table>					O	N	NSP	[A] DE L'EAU SIMPLE?	1	2	8	[B] DU JUS DE FRUITS OU DES BOISSONS A BASE DE JUS DE FRUITS?	1	2	8	[C] DE LA SOUPE CLAIRE OU DU BOUILLON ?	1	2	8	[D] DU LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL ?	1	2	8	<i>Si oui : COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (nom) A BU DU LAIT? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>	Nombre de fois lait bu —			[E] UNE PREPARATION DE LAIT MATERNISE POUR BEBE VENDUE EN COMMERCE?	1	2	8	<i>Si oui : COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (nom) A BU UNE PREPARATION DE LAIT</i>	Nombre de fois lait maternisé pour bébé —		
	O	N	NSP																																	
[A] DE L'EAU SIMPLE?	1	2	8																																	
[B] DU JUS DE FRUITS OU DES BOISSONS A BASE DE JUS DE FRUITS?	1	2	8																																	
[C] DE LA SOUPE CLAIRE OU DU BOUILLON ?	1	2	8																																	
[D] DU LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL ?	1	2	8																																	
<i>Si oui : COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (nom) A BU DU LAIT? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>	Nombre de fois lait bu —																																			
[E] UNE PREPARATION DE LAIT MATERNISE POUR BEBE VENDUE EN COMMERCE?	1	2	8																																	
<i>Si oui : COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (nom) A BU UNE PREPARATION DE LAIT</i>	Nombre de fois lait maternisé pour bébé —																																			

MATERNISE POUR BEBE ? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>	
[F] N'IMPORTE QUELS AUTRES LIQUIDES ? <i>Préciser</i>	Autres liquids 1 2 8

BD8. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LES (AUTRES) ALIMENTS QUE (<i>nom</i>) POURRAIT AVOIR PRIS HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT. A NOUVEAU, JE VOUDRAIS SAVOIR SI (<i>nom</i>) A EU CET ALIMENT MEME SI COMBINE AVEC D'AUTRES ALIMENTS. SVP, INCLURE AUSSI TOUS LES ALIMENTS CONSOMMES EN DEHORS DE LA MAISON.				
EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE (<i>Nom de l'aliment</i>) HIER DURANT LE JOUR OU LA NUIT :		O	N	NSP
[A] YAOURT?	Yaourt	1	2	8
<u><i>SI OUI</i></u> : COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (<i>nom</i>) A MANGE/BU DU YAOURT ? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>	Nombre de fois a mangé/bu yaourt			—
[B] N'IMPORTE QUELLE NOURRITURE FORTIFIEE POUR BEBECOMME LE CERELAC OU MELOLAC?	Cerelac/Melolac	1	2	8
[C] DU PAIN, RIZ, PATES, OU AUTRES ALIMENTS A BASE DE CEREALES (MAIS, FONIO, SORGO, MIL) COMME KANIA NEMA?	Aliments faits à base de céréales	1	2	8
[D] COURGE, CAROTTE, CITROUILLE, PATATE DOUCE QUI SONT JAUNE OU ORANGE A L'INTERIEUR ?	Courge, carottes, citrouille, etc.	1	2	8
[E] DES POMMES DE TERRES, DES IGNAMES, DU MANIOC OU TOUT AUTRE ALIMENT FAIT AVEC DES TUBERCULES ?	Pommes de terre, ignames, manioc etc.	1	2	8
[F] N'IMPORTE QUELS LEGUMES A FEUILLES VERT FONCE ?	Légumes à feuilles vert foncé	1	2	8
[G] DES MANGUES/PAPAYES MURES?	Mangues, papayes mures,	1	2	8
[H] N'IMPORTE QUELS AUTRES FRUITS OU LEGUMES?	Autres fruits et légumes	1	2	8
[I] DU FOIE, DES ROGNONS, DU CŒUR OU TOUT AUTRE ABAT?	Foie, rognons, cœur ou autres abats	1	2	8
[J] DE LA VIANDE DE BŒUF. PORC, AGNEAU, CHEVRE, POULET OU CANARD ?	Viande de bœuf, porc, agneau, chèvre, etc.	1	2	8
[K] DES ŒUFS?	Œufs	1	2	8
[L] DU POISSON FRAIS OU SECHE OU DES FRUITS DE MER ?	Poisson frais ou séché	1	2	8
[M] N'IMPORTE QUELS ALIMENTS A BASE DE HARICOTS, POIS, LENTILLES OU NOIX ?	Aliments à base de haricots, pois, etc.	1	2	8
[N] DU FROMAGE OU TOUT AUTRE PRODUIT LAITIER ?	Fromage ou autres produits laitiers	1	2	8
[O] N'IMPORTE QUELS AUTRES ALIMENTS SOLIDES, SEMI-SOLIDES, OU MOUSQUE JE N'AI PAS MENTIONNE? <i>Préciser</i>	Autres aliments solides, semi-solides, ou mous	1	2	8

<hr/>		
BD9. Vérifier BD8 (Catégories "A" jusqu'à "O") <input type="checkbox"/> Au moins un "Oui" ou toutes "NSP" ⇨ Aller à BD11 <input type="checkbox"/> Sinon ⇨ Continuer avec BD10		
BD10. Insister pour déterminer si l'enfant a mangé des aliments solides, semi solides ou moushies, pendant le jour ou la nuit ? <input type="checkbox"/> L'enfant n'a rien mangé ou la répondante ne sait pas ⇨ Aller au module suivant <input type="checkbox"/> L'enfant a mangé au moins un aliment solide, semi-solide ou mou mentionné par la répondante ⇨ Retourner à BD8 pour enregistrer l'aliment mangé hier [A à O]. Quand c'est fait, continuer avec BD11		
BD11. COMBIEN DE FOIS (nom) A-T-IL/ELLE MANGE DES ALIMENTS SOLIDES, SEMI SOLIDES OU MOUSHIES, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.	Nombre de fois NSP	

VACCINATIONS IM										
Si un carnet/carte de vaccination est disponible, recopier les dates à IM3 pour chaque vaccination et Vitamine A enregistrées sur le carnet/carte. Les questions IM6-IM18A ne seront posées que si un carnet/carte n'est pas disponible										
IM1. AVEZ-VOUS UN CARNET/CARTE OU LES VACCINATIONS DE (nom) SONT ENREGISTREES? (Si Oui) PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ?				Oui, vu1 Oui, non vu2 Non, Pas de carnet/carte3				1⇒IM3 2⇒IM6		
IM2. (nom) A-T-IL/ELLE DÉJÀ EU UN CARNET/CARTE DE VACCINATION ?				Oui1 Non2 NSP8				1⇒IM6 2⇒IM6 8⇒IM6		
IM3. (a) Copier les dates de chaque vaccin du carnet ou de la carte. (b) Ecrire '44' dans la colonne "jour" si le carnet ou la carte montre qu'un vaccin a été fait mais la date n'est pas donnée.				Date de la vaccination						
				Jour		Mois		Année		
BCG	BCG									
POLIO 0	VPO0									
POLIO 1	VPO1									
PENTA 1 (DTCoQ 1)	PENTA1									
POLIO 2	VPO2									
PENTA 2 (DTCoQ 2)	PENTA2									
POLIO 3	VPO3									
PENTA 3 (DTCoQ 3)	PENTA3									
VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI)	VPI									
ROUGEOLE (VAR)	ROUGEOLE									
FIEVRE JAUNE (VAA)	VAA									
VITAMINE A (PREMIERE DOSE)	VITA1									
VITAMINE A (DEUXIEME DOSE)	VITA2									
IM4. Vérifier IM3. Est-ce que tous les vaccins (de BCG à fièvre jaune) sont enregistrés ? <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à IM18B <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer avec IM5										
IM5. EN PLUS DE CE QUI EST ENREGISTRE SUR CE CARNET/CARTE, EST-CE QUE (nom) A REÇU D'AUTRES VACCINS – Y COMPRIS DES VACCINS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNEES DE VACCINATIONS ? <input type="checkbox"/> Oui ⇒ retourner à IM3, insister sur ces vaccinations et écrire '66' dans la colonne jour correspondante de chaque vaccin mentionné. Quand complété, passer à IM18B <input type="checkbox"/> Non/NSP ⇒ Aller à IM18B										

IM6. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU DES VACCINS POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS DES VACCINS REÇUS AU COURS DE CAMPAGNES OU DES JOURNEES DE VACCINATIONS ?	Oui1 Non2 NSP8	2⇒IM18B 8⇒IM18B
IM7. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU LE VACCIN DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE – C’EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE DANS LE BRAS OU L’EPAULE ET QUI LAISSE HABITUELLEMENT UNE CICATRICE ?	Oui1 Non2 NSP8	
IM8. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU UN « VACCIN SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTEGER CONTRE LA POLIO ?	Oui1 Non2 NSP8	2⇒IM11 8⇒IM11
IM9. EST-CE QUE LA PREMIERE DOSE CONTRE LA POLIO A ETE DONNEE DANS LES DEUX SEMAINES QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE ?	Oui1 Non2 NSP8	
IM10A. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ETE DONNE PAR LA VOIE ORALE (GOUTTES DANS LA BOUCHE) ?	Nombre de fois	
IM10B. LA DERNIERE FOIS QUE (<i>nom</i>) A RECU LES GOUTTES CONTRE LA POLIO, EST-CE-QU’IL/ELLE A REÇU AUSSI UNE INJECTION CONTRE LA POLIO ? <i>Insister que cette question concerne une injection et non des gouttes administrées par la voie orale.</i> <i>Insister pour savoir si les 2 types de vaccination contre la polio (gouttes et injection) ont bien été donnés</i>	Oui1 Non2 NSP8	
IM11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU « UN VACCIN PENTA » – C’EST-A-DIRE UNE INJECTION A LA CUISSE OU A LA FESSE – POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LE TETANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTERIE, L’HEPATITE B ET L’HAEMOPHILUS DE TYPE B? <i>Insister en précisant que le vaccin Penta est parfois donné en même temps que la polio.</i>	Oui1 Non2 NSP8	2⇒IM16 8⇒IM16
IM16. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA ROUGEOLE C’EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L’AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	Oui1 Non2 NSP8	
IM17. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA FIEVRE JAUNE - C’EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L’AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA FIEVRE JAUNE ? <i>Insister en précisant que le vaccin de la fièvre jaune est parfois donné en même temps que le vaccin de la rougeole.</i>	Oui1 Non2 NSP8	
IM18A. AU COURS DES SIX DERNIERS MOIS, EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU UNE DOSE DE	Oui1 Non2	

VITAMINE A COMME CELLE-CI? <i>Montrez des modèles d'ampoules ou de Gélules/Sirop.</i>	NSP8	
IM18B. AU COURS DES SIX DERNIERS MOIS, A-T-ON DONNE A (<i>nom</i>) DES COMPRIMES DE FER, DES GRANULES AVEC DU FER OU DU SIROP CONTENANT DU FER COMME (CELUI-CI) ? <i>Montrez des modèles d'ampoules ou de Gélules/Sirop.</i>	Oui1 Non2 NSP8	
IM18c. AU COURS DES SIX DERNIERS MOIS, A-T-ON DONNE A (<i>nom</i>) DU MEBENDAZOLE, C'EST-A-DIRE DES MEDICAMENTS CONTRE LES VERS INTESTINAUX POUR LE DEPARASITER ?	Oui1 Non2 NSP8	

IM19. DITES-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, SI (<i>nom</i>) A ETE VACCINE(E) LORS D'UNE DES CAMPAGNES OU JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION SUIVANTES ET/OU A L'UNE DES JOURNEES DE VITAMINE A SUIVANTES OU A L'UNE DES JOURNEES DE LA SANTE DE L'ENFANT SUIVANTES:		
		O N NSP
[A] 28-31 Janvier 2016/ Campagne Polio	Campagne Polio	1 2 8
	Campagne Rougeole	1 2 8
[B] 16-23 Février 2016/ Campagne Rougeole	Campagne Polio	1 2 8
	Campagne Polio	1 2 8
[C] 03-06 Mars 2016/ Campagne Polio		
[D] 07-10 Avril 2016/ Campagne Polio		

TRAITEMENT DES MALADIES		
CA1. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A EU LA DIARRHÉE AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒CA6A 8⇒CA6A
CA2. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELLE QUANTITÉ DE LIQUIDES A ÉTÉ DONNÉE À (<i>nom</i>) DURANT SA DIARRHÉE (Y COMPRIS LE LAIT MATERNEL). PENDANT QUE (<i>nom</i>) AVAIT LA DIARRHÉE, A-T-IL/ELLE REÇU À BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ OU PLUS QUE D'HABITUDE ? <i>Si moins, insister :</i> EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS À BOIRE QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS À BOIRE QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins 1 Un peu moins 2 Environ la même quantité 3 Plus 4 Rien à boire 5 NSP 8	
CA3. PENDANT QUE (<i>nom</i>) AVAIT LA DIARRHÉE, A-T-IL/ELLE REÇU À MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ, PLUS QUE D'HABITUDE OU N'A-T-IL/ELLE RIEN MANGÉ ? <i>Si moins, insister :</i> EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS À MANGER QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS À MANGER QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins 1 Un peu moins 2 Environ la même quantité 3 Plus 4 A stoppé nourriture 5 N'a jamais donné à manger 6 NSP 8	
CA3A. AVEZ-VOUS RECHERCHÉ DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT CONTRE LA DIARRHÉE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒CA4 8⇒CA4
CA3B. OU AVEZ-VOUS RECHERCHÉ DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ? <i>Insister :</i> NULLE PART AILLEURS ? Encercler tous les endroits mentionnés, Mais ne pas suggérer de réponse. Insister pour identifier chaque type d'endroit. Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit. _____ (Nom de l'endroit)	Secteur public Hôpital A Centre de santé B Poste de santé C Agent de santé D Autre médical public (<i>préciser</i>) H Secteur médical privé Hôpital/Clinique I Médecin privé J Pharmacie privée K Autre médical privé (<i>préciser</i>) O Autre source Parent (e)/ Ami (e) P Boutique/Marchand ambulant Q Guérisseur traditionnel R Autre (<i>préciser</i>) X	

CA4. AU COURS DE SA DIARRHÉE, EST-CE QU'ON A DONNÉ À BOIRE À (<i>nom</i>) LIQUIDE PRÉPARÉ À PARTIR D'UN SACHET SPÉCIAL (COMME ORASEL) ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒CA4C 8⇒CA4C
CA4B. OU AVEZ-VOUS EU LE SRO ? Insister pour identifier le type d'endroit. Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit. <hr style="width: 25%; margin-left: 0;"/> (Nom de l'endroit)	Secteur public Hôpital 11 Centre de santé 12 Poste de santé 13 Agent de santé 14 Autre médical public (<i>préciser</i>) 16 Secteur médical privé Hôpital/Clinique 21 Médecin privé 22 Pharmacie privée 23 Autre médical privé (<i>préciser</i>) 26 Autre source Parent (e)/ Ami (e) 31 Boutique/Marchand ambulant 32 Guérisseur traditionnel 33 En avait déjà à la maison 40 Autre (<i>préciser</i>) 96	
CA4C. DURANT LE TEMPS OU (<i>nom</i>) A EU LA DIARRHÉE, LUI A-T-ON DONNÉ : [A] DES COMPRIMÉS DE ZINC ? [B] DU SIROP DE ZINC ?	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">O N NSP</div> Comprimés de Zinc 1 2 8 Sirop de Zinc 1 2 8	
CA4D. Vérifier CA4C: A eu du zinc? <input type="checkbox"/> L'enfant a eu du zinc ('Oui' encerclé à 'A' ou 'B' dans CA4C) ⇒ Continuer avec CA4E <input type="checkbox"/> L'enfant n'a pas eu de zinc ⇒ Aller à CA4F		
CA4E. OU AVEZ-VOUS EU LE ZINC ? Insister pour identifier le type d'endroit. Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit. <hr style="width: 25%; margin-left: 0;"/> (Nom de l'endroit)	Secteur public Hôpital 11 Centre de santé 12 Poste de santé 13 Agent de santé 14 Autre médical public (<i>préciser</i>) 16 Secteur médical privé Hôpital/Clinique 21 Médecin privé 22 Pharmacie privée 23 Autre médical privé (<i>préciser</i>) 26 Autre source Parent (e)/ Ami (e) 31 Boutique/Marchand ambulant 32 Guérisseur traditionnel 33	

	Autre (<i>préciser</i>) _____ 96	
CA4F. AU COURS DE SA DIARRHÉE, EST-CE QU'ON A DONNÉ À BOIRE À (<i>nom</i>) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS : Lire à haute voix le nom de chaque produit et enregistrer la réponse avant de passer au produit suivant. [A] EAU-SALÉE-SUCRÉE [B] LAIT D'ARACHIDE [C] JUS DE CAROTTE [D] LE THÉ [E] EAU DE RIZ BOUILLIE	O N NSP Eau salée sucrée 1 2 8 Lait d'arachide 1 2 8 Jus de carotte 1 2 8 Le thé 1 2 8 Eau de riz 1 2 8	
CA5. EST-CE QUE QUELQUE CHOSE (D'AUTRE) A ÉTÉ DONNÉ POUR TRAITER LA DIARRHÉE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒CA6A 8⇒CA6A

CA6. QU'A-T-ON DONNÉ (D'AUTRE) POUR TRAITER LA DIARRHÉE? <i>Insister :</i> RIEN D'AUTRE ? <i>Enregistrer tous les traitements donnés. Inscrire le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</i> _____ (Nom des médicaments)	Comprimé ou Sirop Antibiotique A Antimotilité B Autre (pas antibiotique, antimotilité) G Comprimé ou sirop inconnu H Injection Antibiotique L Non-antibiotique M Injection inconnue N Intraveineuse O Remède maison/ herbes médicinales Q Autre (<i>préciser</i>) X	
CA6A. EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, (<i>nom</i>) A EU DE LA FIÈVRE À N'IMPORTE QUEL MOMENT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒CA7 8⇒CA7
CA6B. À N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT SA MALADIE, EST-CE QUE (<i>nom</i>) A EU DU SANG PRÉLEVÉ AU BOUT DE SON DOIGT POUR EFFECTUER UN TEST ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
CA7. EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, (<i>nom</i>) A ÉTÉ MALADE AVEC DE LA TOUX ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒CA9A 8⇒CA9A
CA8. QUAND (<i>nom</i>) ÉTAIT MALADE AVEC DE LA TOUX, EST-CE QU'IL/ELLE RESPIRAIT PLUS	Oui 1 Non 2	2⇒

VITE QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE OU EST-CE QU'IL/ELLE AVAIT DES DIFFICULTES POUR RESPIRER ?	NSP 8	CA9B 8⇒ CA9B
CA9. LA RESPIRATION RAPIDE OU LES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ETAIENT-ELLES DUES A UN PROBLEME DE BRONCHES, OU A UN NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT ?	Problème de bronches seulement 1 Nez bouché ou qui coulait seulement 2 Les deux 3 Autre (<i>préciser</i>) 6 NSP 8	1⇒ CA9B 2⇒ CA9B 3⇒ CA9B 6⇒ CA9B 8⇒ CA9B
CA9A. Vérifier CA6A : A eu de la fièvre		
<input type="checkbox"/> <i>L'enfant a eu de la fièvre ⇒ Continuer avec CA9B</i> <input type="checkbox"/> <i>L'enfant n'a pas eu de fièvre ⇒ Aller à CA14</i>		
CA9B. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELLE QUANTITE DE LIQUIDES A ETE DONNEE A (<i>nom</i>) (Y COMPRIS LE LAIT MATERNEL) DURANT SA MALADIE (AVEC DE LA FIEVRE ET DE LA TOUX) PENDANT QUE (<i>nom</i>) AVAIT LA DIARRHEE, A-T-IL/ELLE REÇU A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ? <i>Si moins, insister :</i> EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins 1 Un peu moins 2 Environ la même quantité 3 Plus 4 Rien à boire 5 NSP 8	
CA9C. PENDANT QUE (<i>nom</i>) AVAIT LA MALADIE (FIEVRE/TOUX), A-T-IL/ELLE REÇU A MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE, PLUS QUE D'HABITUDE OU N'A-T-IL/ELLE RIEN MANGE ? <i>Si moins, insister :</i> EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins 1 Un peu moins 2 Environ la même quantité 3 Plus 4 A stoppé nourriture 5 N'a jamais donné à manger 6 NSP 8	
CA10. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE QUELQUE PART ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒CA12 8⇒CA12
CA10A. COMBIEN DE JOURS APRES LE DEBUT DE LA FIEVRE AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?	Le même jour 1 Le lendemain 2 Deux jours après 3 Plus de 2 jours après 4 NSP 8	
CA11. OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?	Secteur public Hôpital A Centre de santé B	

<p><i>Insister :</i> NULLE PART AILLEURS ?</p> <p>Encercler tous les endroits mentionnés, Mais ne pas suggérer de réponse.</p> <p>Insister pour identifier chaque type d'endroit.</p> <p>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Poste de santéC Agent de santéD Autre médical public (préciser) H</p> <p>Secteur médical privé Hôpital/clinique I Médecin privéJ Pharmacie privéeK Autre médical privé (préciser) O</p> <p>Autre source Parent (e)/ Ami (e)P Boutique/Marchand ambulantQ Guérisseur traditionnelR</p> <p>Autre (préciser) X</p>	
<p>CA12. A N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT LA MALADIE, EST-CE QU'ON A DONNE A (<i>nom</i>) UN MEDICAMENT POUR TRAITER CETTE MALADIE ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	<p>2⇒CA14 8⇒CA14</p>
<p>CA13. QUEL(S) MEDICAMENT(S) A-T-ON DONNE A (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Insister :</i> AUCUN AUTRE MEDICAMENT ?</p> <p>Encercler tous les médicaments donnés. Inscrire le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</p> <p>_____</p> <p>(Nom des médicaments)</p>	<p>Anti-paludiques : SP / FansidarA Chloroquine.....B AmodiaquineC Quinine.....D Combinaison avec ArtémisinineE Autre anti-paludéen (préciser) H</p> <p>Antibiotiques: Comprimés / Sirop I Injection.....J</p> <p>Autres médicaments : Paracétamol/ Panadol /Acetaminophen .P AspirineQ IbuprofenR</p> <p>Autre (préciser) X</p> <p>NSP Z</p>	
<p>CA13A. Vérifier CA13 : Antibiotique mentionné (code I ou J) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec CA13B</p> <p><input type="checkbox"/> Non. ⇒ Aller à CA13C</p>		
<p>CA13B. OU AVEZ-VOUS EU LE (<i>nom du médicament de CA13</i>)?</p> <p>Insister pour identifier le type d'endroit.</p>	<p>Secteur public Hôpital 11 Centre de santé..... 12 Poste de santé 13 Agent de santé 14 Autre médical</p>	

<p>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>public (préciser) _____ 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital/Clinique 21</p> <p>Médecin privé 22</p> <p>Pharmacie privée 23</p> <p>Autre médical privé (<i>préciser</i>) _____ 26</p> <p>Autre source</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) 31</p> <p>Boutique/Marchand ambulant 32</p> <p>Guérisseur traditionnel 33</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) _____ 96</p>	
<p>CA13C. Vérifier CA13 : Antipaludiques mentionnés (codes A à H) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec CA13D</p> <p><input type="checkbox"/> Non. ⇒ Aller à CA14</p>		
<p>CA13D. OU AVEZ-VOUS EU LE (<i>nom du médicament de CA13</i>)?</p> <p>Insister pour identifier le type d'endroit.</p> <p>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Hôpital 11</p> <p>Centre de santé 12</p> <p>Poste de santé 13</p> <p>Agent de santé 14</p> <p>Autre médical public (<i>préciser</i>) _____ 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital/Clinique 21</p> <p>Médecin privé 22</p> <p>Pharmacie privée 23</p> <p>Autre médical privé (<i>préciser</i>) _____ 26</p> <p>Autre source</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) 31</p> <p>Boutique/Marchand ambulant 32</p> <p>Guérisseur traditionnel 33</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) _____ 96</p>	
<p>CA13E. COMBIEN DE TEMPS APRES QUE LA FIEVRE A COMMENCE, (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PRIS POUR LA PREMIERE FOIS (<i>nom de l'antipaludique déclaré à CA13</i>)?</p> <p><i>Si plusieurs Antipaludiques ont été déclarés à CA13, donner le nom de tous les Antipaludiques mentionnés.</i></p>	<p>Même jour 0</p> <p>Jour suivant 1</p> <p>2 jours après début de la fièvre 2</p> <p>3 jours après début de la fièvre 3</p> <p>4 jours ou plus après début de la fièvre 4</p> <p>NSP 8</p>	
<p>CA14. Vérifier AG2 : Age de l'enfant</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant âgé de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Continuer avec CA15</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant âgé de 3 ou 4 ans ⇒ Aller à UF13</p>		
<p>CA15. LA DERNIERE FOIS QUE (<i>nom</i>) EST ALLE(E) DEFEQUER, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS?</p>	<p>Enfant a utilisé toilettes / latrines 01</p> <p>Jeté / Rincé dans toilettes ou latrines 02</p> <p>Jeté / Rincé dans égout ou rigole 03</p> <p>Jeté aux ordures (déchets solides) 04</p> <p>Enterré 05</p> <p>Laissé à l'air libre 06</p>	

	Autre (<i>préciser</i>) _____	96
	NSP	98

TEST D'ANEMIE ET DE PALUDISMETS		
TSB201. VERIFIER AG1 OU AG2		
ENFANT A 0-5 MOIS C'EST-A-DIRE NE DANS LE MOIS DE L'ENQUETE OU DANS LES 5 MOIS PRECEDENTS.	0-5 mois 1 Non (plus âgé) 2	1 ⇒ UF13
TSB207. Demandez le consentement pour le test de l'anémie au parent ou à l'adulte responsable de l'enfant <i>Dans cette enquête, nous demandons à des enfants dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</i> <i>Nous demandons que tous les enfants nés en 2011 ou plus tard participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</i> <i>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</i> <i>Avez-vous des questions à me poser ?</i> <i>Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision.</i> <i>Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?</i>		
TSB208. ENCERCLEZ LE CODE RÉSULTAT APPROPRIÉ DU CONSENTEMENT POUR LE TEST DE L'ANÉMIE	Accordé 1 Refusé 2 Absent 3 Autre (préciser) 6	
TSB209. Demandez le consentement pour le test du paludisme au parent ou à l'adulte responsable de l'enfant <i>Dans cadre de cette enquête, nous demandons que les enfants dans tout le pays participent à un test pour vérifier s'ils ont ou non le paludisme. Le paludisme est un problème de santé sérieux causé par un parasite transmis par la piqûre d'un moustique. Cette enquête aidera le gouvernement à développer des programmes pour prévenir le paludisme.</i> <i>Nous demandons que tous les enfants nés en 2011 ou plus tard participent au test de paludisme inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test. (Nous utiliserons le sang de la même piqûre au même doigt que pour le test d'anémie).</i> <i>Une goutte de sang sera testée pour le paludisme immédiatement et les résultats vous seront</i>		

communiqués tout de suite. Quelques gouttes seront prélevées sur une ou des lames et envoyés à un laboratoire pour être testées. Les résultats du test de laboratoire ne vous seront pas divulgués. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.

Avez-vous des questions à me poser ?

Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision.

Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test de paludisme ?

TSB210. ENCERCLEZ LE CODE RÉSULTAT APPROPRIÉ DU CONSENTEMENT POUR LE TEST DUPALUDISME	Accordé..... 1 Refusé..... 2 Absent..... 3 Autre (préciser) 6	
TSB211. PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TEST(S) POUR LEQUELS/LÉSQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TEST(S).		
TSB212. SAISISSEZ CODE BARRE POUR LE TEST DE PALUDISME.	Code barre 1 ^{ère} Étiquette Absent..... 99994 Refus..... 99995 Autre 99996 COLLEZ LA 2 ^{ème} ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LA LAME ET LA 3 ^{ème} SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	
TSB213. INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE ET PALUDISME.	G/DL..... Absent..... 99.4 Refus..... 99.5 Autre 99.6	
TSB214. ENREGISTREZ LE CODE DU RÉSULTAT DU TDR DU PALUDISME.	Testé 1 Absent..... 2 Refus..... 3 Autre 6	2⇒ TSB216 3⇒ TSB216 6⇒ TSB216
TSB215. ENREGISTRER LE RESULTAT DU TDR DU PALUDISME ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE ET LE PALUDISME.	Positif Falciparum (FP) 1 Positif espèces (OMV/PAN)..... 2 Positif FP/(OMV/PAN) 3 Négatif..... 4 Autre 6	1⇒ UF13 2⇒ UF13 3⇒ UF13
TSB216. VÉRIFIEZ TSB213: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	En dessous de 8.0 G/DL/ Anémie sévère 1 8.0 G/DL ou plus 2 Absent..... 3 Refus..... 4	2⇒ UF13 3⇒ UF13 4⇒ UF13

	Autre 6	6⇒UF13
TSB217. DÉCLARATION DE REFERENCE <u>POUR ANÉMIE SÉVÈRE.</u> Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être amené à un établissement de santé immédiatement.		⇒UF13
TSB218. EST-CE QUE (NOM) SOUFFRE D'UNE DES MALADIES SUIVANTES OU PRESENTE UN OU DES SYMPTOMES SUIVANTS: FAIBLESSE EXTREME ? PROBLEMES CARDIAQUES ? PERTE DE CONSCIENCE ? RESPIRATION RAPIDE OU DIFFICULTE DE RESPIRER ? CONVULSIONS ? SAIGNEMENTS ANORMAUX ? JAUNISSE/PEAU JAUNE ? URINE FONCEE ? SI AUCUN DES SYMPTÔMES CI-DESSUS, ENERCLEZ CODE - Y.	Faiblesse extrême A Problèmes cardiaques..... B Perte de conscience C Respiration rapide ou difficile D Convulsions E Saignements anormaux F Jaunisse G Urine foncée H Aucun symptôme..... Y	
TSB219. VÉRIFIEZ TSB218: Y A-T-IL UN CODE A-H ENERCLE ?	Un code de A-H encerclé 1 Seulcode Y encerclé2	1⇒ TSB221
TSB220. VÉRIFIEZ TSB213: NIVEAU D'HÉMOGLOBINE	En-dessous de 8.0 G/DL/ Anémie sévère 1 8.0 G/DL ou plus2 Absent3 Refus4 Autre6	2⇒ TSB222 3⇒TSB222 4⇒TSB222 6⇒TSB222
TSB221. AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, EST-CE QUE (NOM) A PRIS OU (NOM) PREND-IL DE LA ACT DONNE PAR UN MEDECIN OU UN CENTRE DE SANTE POUR TRAITER LE PALUDISME ? VÉRIFIEZ EN DEMANDANT DEVOIR LE TRAITEMENT.	Oui 1 Non2	2⇒TSB221B

TSB221A : DÉCLARATION DE CONSEILS ET DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DÉJÀ UN MÉDICAMENT CTA.		VOUS M'AVEZ DIT QUE (NOM DE L'ENFANT) PRESENTE CES SYMPTOMES QUE VOUS VENEZ DE CITER ET VOUS VENEZ DE DIRE AUSSI QU'IL/ELLE A DEJA REÇU CTA POUR LE PALUDISME. JE NE PEUX PAS VOUS DONNER UNE CTA SUPPLEMENTAIRE. SI VOTRE ENFANT A DE LA FIEVRE OU CONTINUE DE PRESENTER LES SYMPTOMES PENDANT 2 JOURS APRES LA DERNIERE DOSE DE CTA, VOUS DEVREZ AMENER L'ENFANT AU CENTRE DE SANTE LE PLUS PROCHE POUR DES EXAMENS PLUS APPROFONDIS.			⇒TSB227
TSB221B : DÉCLARATION POUR REFERENCE POUR PALUDISME GRAVE.		LE TEST POUR LE DIAGNOSTIC DU PALUDISME MONTRE QUE (NOM DE L'ENFANT) A DU PALUDISME. VOTRE ENFANT A EGALEMENT DES SYMPTOMES DE PALUDISME GRAVE. LE MEDICAMENT QUE J'AI CONTRE LE PALUDISME N'AIDERA PAS VOTRE ENFANT, ET JE NE PEUX PAS LUI DONNER DE TRAITEMENT. VOTRE ENFANT EST SERIEUSEMENT MALADE ET DOIT ETRE AMENE TOUT DE SUITE A UN ETABLISSEMENT DE SANTE.			⇒TSB227
TSB222 : AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, EST-CE QUE (NOM) A PRIS OU (NOM) PREND-IL DE LA CTA DONNE PAR UN MEDECIN OU UN CENTRE DE SANTE POUR TRAITER LE PALUDISME ? Vérifiez en demandant de voir le traitement		Oui 1 Non 2			2⇒TSB224
TSB223 DÉCLARATION DE REFERENCE POUR LES ENFANTS PRENANT DEJA UN MEDICAMENT CTA		VOUS M'AVEZ DIT QUE (NOM DE L'ENFANT) A DEJA REÇU DE LA CTA POUR LE PALUDISME. JE NE PEUX PAS VOUS DONNER UNE CTA SUPPLEMENTAIRE. CEPENDANT, LE TEST MONTRE QU'IL/ELLE A DU PALUDISME. SI VOTRE ENFANT A DE LA FIEVRE PENDANT 2 JOURS APRES LA DERNIERE DOSE DE CTA, VOUS DEVREZ AMENER L'ENFANT AU CENTRE DE SANTE LE PLUS PROCHE POUR DES EXAMENS PLUS APPROFONDIS.			⇒TSB227
TSB224 LIRE LES INFORMATIONS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME ET LA DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ENFANT.		Le test du paludisme montre que votre enfant a du paludisme. Nous pouvons vous donner gratuitement des médicaments. Le médicament est appelé CTA. CTA est très efficace et d'ici quelques jours, il n'aura plus de fièvre, ni d'autres symptômes. Vous n'êtes pas obligé de donner le médicament à l'enfant. C'est vous qui décidez. Dites-moi s'il vous plait, si vous acceptez, ou non, le médicament.			
TSB225 ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIE ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE		Médicament accepté 1 Refus 2 Autre 6			2⇒ TSB227 6⇒TSB227
TSB226A TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF, À L'AIDE DE LA COMBINAISON ARTESUNATE-AMODIAQUINE	Enfant <1 an Comprimé d'Artesunate-Amodiaquine (AS-AQ)	Jour 1 (1 comprimé/ jour)	Jour 2 (1comprimé/ jour)	Jour 3 (1comprimé/ jour)	

(AS-AQ)	(Plaquette à Bande Violette claire)			
	Enfant de 1-5 ans Comprimé d'Artesunate-Amodiaquine (AS-AQ) (Plaquette à Bande Violette foncée)	Jour 1 (1 comprimé/jour)	Jour 2 (1 comprimé/jour)	Jour 3 (1 comprimé/jour)
	DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les deux jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.			
TSB226B TRAITEMENT POUR LES ENFANTS DONT LE TEST DU PALUDISME EST POSITIF. A L'AIDE DE LA COMBINAISON ARTESUNATE AMODIAQUINE (AL)	Enfant <3 ans Comprimé d'Artemether-luméfantrine (AL) à Bande rose	Jour 1 (1 comprimé deux fois par jour)	Jour 2 (1 comprimé deux fois par jour)	Jour 3 (1 comprimé deux fois par jour)
	Enfant de 3-5 ans Comprimé d'Artemether-luméfantrine (AL) à Bande violette	Jour 1 (2 comprimés deux fois par jour)	Jour 2 (2 comprimés deux fois par jour)	Jour 3 (2 comprimés deux fois par jour)
	DITES AUSSI AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT: Si [NOM] a une fièvre élevée, une respiration difficile ou rapide, s'il ne peut pas boire ou téter, si son état s'aggrave ou s'il ne va pas mieux dans les deux jours, vous devrez l'amener immédiatement voir un professionnel de santé pour qu'il soit traité.			
TSB227 <u>ENREGISTREZ LE CODE RÉSULTAT DU TRAITEMENT POUR LE PALUDISME OU DE LA FICHE DE REFERENCE</u>		Médicament donné1 Médicament refusé2 Référé pour paludisme grave3 Référé pour enfant prenant déjà de la CTA.....4 Autre6		
UF13. Enregistrer l'heure.		Heure et minutes :		

UF14. Vérifier la liste des membres du ménage, colonnes HL7B et H15
Est-ce que l'enquêté(e) est la mère ou le/la gardien(ne) d'un autre enfant âgé de 0-4 ans vivant dans ce ménage ?

☐ **Oui.** ⇒ *Indiquer à l'enquêté(e) que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant plus tard. Aller au prochain QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS qui doit être administré à la/au même répondant (e)*

☐ **Non.** ⇒ *Terminer l'entretien avec l'enquêté(e) en le/ la remerciant pour sa coopération et lui dire que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant avant de quitter le ménage*

Vérifier s'il y a une autre femme ou un autre enfant de moins de 5ans à qui il faut administrer un questionnaire dans ce ménage.

MESURES ANTHROPOMETRIQUES

UF1. Numéro de grappe : _____	UF2. Numéro de ménage : _____
UF3. Nom de l'enfant : Nom _____	UF4. Numéro de ligne de l'enfant : _____
UF5. Nom de la mère / gardienne : Nom _____	UF6. Numéro de ligne de la mère / gardienne : _____
UF7. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom _____	UF8. Jour / Mois / Année de l'interview : ____/____/2016

ANTHROPOMÉTRIEAN		
<p>Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, le technicien pèse et mesure chaque enfant.</p> <p>Enregistrer ci-dessous le poids et la taille/grandeur, en prenant soin d'enregistrer les mesures anthropométriques sur le bon questionnaire pour chaque enfant. Vérifier le nom et le numéro de ligne de l'enfant dans la liste des membres du ménage avant d'inscrire les mesures anthropométriques.</p>		
AN1. Nom et code du mesureur :	Nom _____	
AN2. Résultat des mesures de la taille en position debout/allongé et du poids	Une ou les deux mesures 1 Enfant non présent 2 Enfant ou mère/ gardienne a refusé 3 Autre (préciser) 6	2⇒AN6 3⇒AN6 6⇒AN6
AN3. Poids de l'enfant	Kilogrammes (kg) Poids non mesuré 99.9	
AN3A. Est-ce que l'enfant a été déshabillé jusqu'au minimum ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, l'enfant n'a pas pu être déshabillé jusqu'au minimum.		
AN3B. Vérifier l'âge de l'enfant à AG2: <input type="checkbox"/> L'enfant a moins de 2 ans ⇒ Mesurer la grandeur (l'enfant doit être couché). <input type="checkbox"/> L'enfant a 2 ans ou plus ⇒ Mesurer la taille (l'enfant doit être debout).		
AN4. Taille de l'enfant	Taille (cm) Taille pas mesurée 999.9	⇒ AN6
AN4A. Est-ce que l'enfant a été mesuré couché ou debout ?	Couché 1 Debout 2	

AN6. Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques ? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Enregistrer les mesures pour l'enfant suivant. <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Vérifier s'il y a d'autres questionnaires individuels à faire dans ce ménage.
--

Observations de l'enquêtrice

Observations du Mesureur

Questionnaire Autopsie Verbale

REPUBLIQUE DE GUINEE

Autopsie verbale

Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS, 2016)

PANNEAU D'INFORMATION PI

Ce questionnaire doit être administré à propos de tous les enfants de moins de 5 ans décédés au cours des 3 dernières années.

Choix de l'enquêté(e) pour le questionnaire d'AV : Si le décès de l'enfant a été déclaré au cours du questionnaire femmes, il faut conduire l'enquête avec la mère. Si le décès de l'enfant a été déclaré au cours du questionnaire ménage seulement, alors il faut conduire l'enquête soit avec la mère, si elle est listée à la question DC.8, soit avec la personne indiquée à la question DC9.

Si ces personnes ne sont pas disponibles, il faut administrer le questionnaire à une personne qui est néanmoins familière avec la situation de l'enfant avant son décès, c'est-à-dire quelqu'un qui a vécu avec l'enfant dans ces moments, ou qui était au courant des circonstances du décès.

Un questionnaire séparé doit être utilisé pour chaque enfant décédé éligible. Dans le cas de jumeaux tous deux décédés, par exemple, il faut remplir un questionnaire par enfant.

PI1. Numéro de grappe : _____	PI2. Numéro de ménage : _____
PI3. Nom de l'enfant _____ décédé <i>Reporter le nom inscrit à BH1 (questionnaire femme) si l'enfant est listé dans l'historique des naissances OU</i> <i>Le nom inscrit à DC2 (questionnaire ménage) si l'enfant est listé uniquement dans le tableau « Décès d'un membre du ménage »</i> Nom.....	PI4. Numéro de ligne de l'enfant décédé A partir de la section BH (femme) 1 ____ <i>Si l'enfant est listé dans la section BH du questionnaire femme</i> OU A partir de la section DC (ménage) 2 ____ <i>Si l'enfant est listé uniquement dans la section DC du questionnaire ménage</i> <i>Encercler le code correspondant à la section d'où provient le numéro de ligne de l'enfant puis noter le numéro de ligne de l'enfant.</i>
PI5. Nom de la mère / personne la plus proche : Nom..... <i>Utiliser la même source que celle de la question PI4</i>	PI6. Numéro de ligne de la mère / personne la plus proche : 1 ____ <i>Utiliser la même source que celle de la question PI4</i>
PI7. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom.....	PI8. Jour / Mois / Année de l'interview : ____ / ____ / 2016
PI9. Résultat de l'autopsie verbale : Les codes font référence à la mère/gardien(ne).	Rempli 01 Pas à la maison 02 Refusé 03 En cours 04 Incapacité 05 Autre 96
PI10. Enregistrer l'heure	Heure et minutes : ____

INFORMATIONS GENERALES – AUTOPSIE VERBALE		AV
AV1. (NOM) FAISAIT-IL/FAISAIT-ELLE PARTIE D'UNE NAISSANCE MULTIPLE ?	Oui	1
	Non	2
	NSP	8
	Refus	9
AV2. ÉTAIT-IL/ÉTAIT-ELLE LE PREMIER OU LE SECOND A ETRE NE ?	Premier	1
	Deuxième	2
	Troisième et plus	3
	NSP	8
		2⇒AV2A 8⇒AV2A 9⇒AV2A

	Refus9	
AV2A. Vérifier le lien de l'enquêté(e) et de l'enfant. L'enquêtée est-elle la mère de l'enfant ? <input type="checkbox"/> Oui ⇒ AV6 <input type="checkbox"/> Non ⇒ continuer avec AV3		
AV3. LA MERE DE (NOM) EST-ELLE TOUJOURS EN VIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8 Refus 9	1 ⇒ AV6 8 ⇒ AV6 9 ⇒ AV6
AV4. LA MERE DE (NOM) EST-ELLE MORTE PENDANT OU APRES L'ACCOUCHEMENT ?	Pendant 1 Après 2 NSP 8 Refus 9	1 ⇒ AV6 8 ⇒ AV6 9 ⇒ AV6
AV5. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT LA MERE DE (NOM) EST-ELLE DECEDÉE ?	Jours 1 — — Semaines 2 — — Mois 3 — — NSP 98 Refus 99	
AV6. DANS QUEL ENDROIT EST-CE QUE (NOM) EST NE(E) ?	Domicile Votre domicile 11 Autre domicile 12 Secteur public Hôpital 21 Centre de santé 22 Poste de santé 23 Autre public (<i>préciser</i>) 26 Secteur médical privé Hôpital privé 31 Clinique privée 32 Maternité privée 33 Autre privé médical (<i>préciser</i>) 36 Autres Sur la route de l'hôpital ou d'une autre structure de sante 41 Autre (<i>préciser</i>) 96 NSP 98 Refus 99	
AV7. QUAND (NOM) EST NE(E), ETAIT-IL/ELLE : TRES GROS, PLUS GROS QUE LA MOYENNE, MOYEN, PLUS PETIT QUE LA MOYENNE, OU TRES PETIT ?	Très gros 1 Plus gros que la moyenne 2 Moyen 3 Plus petit que la moyenne 4 Très petit 5 NSP 8 Refus 9	

AV8. (NOM) A-T-IL /ELLE ETE PESE (E) A LA NAISSANCE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8 Refus 9	2⇒AV10 8⇒AV10 9⇒AV10
AV9. COMBIEN (nom) PESAIT-IL/ELLE ? <i>Enregistrer le poids du carnet de santé, s'il est disponible.</i>	Du carnet de santé 1 (kg) __, __ __ De mémoire 2 (kg) __, __ __ NSP 9998 Refus 9999	
AV10. QUEL ETAIT LE SEXE DE (NOM) ?	Masculin 1 Féminin 2 NSP 8 Refus 9	
AV11. QUEL JOUR, QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (nom) EST-IL/ELLE NE/E ? <i>Insister :</i> QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ? Si la mère/gardienne connaît la date de naissance exacte, inscrire également le jour ; sinon, encrer 98 pour jour Le mois et l'année doivent être enregistrés.	Date de naissance : Jour __ __ NSP Jour 98 Mois __ __ Année 2 0 __ __ NSP 999998 Refus 999999	
AV22. QUEL AGE AVAIT (NOM) QUAND LA MALADIE/L'ACCIDENT QUI A CONDUIT AU DECES A COMMENCE ? <i>Si "1 an", insister: Quel âge avait (NOM) en mois?</i> <i>Noter en jours si moins d'1 mois; Noter en mois si moins de 2 ans ; ou en années si plus de 2 ans.</i>	Jours 1 __ __ Mois 2 __ __ Années 3 __ __ NSP 998 Refus 999	
AV23. COMBIEN DE TEMPS EST-CE QUE LA MALADIE/L'ACCIDENT QUI A CONDUIT AU DECES DE (NOM) A DURE ?	Jours 1 __ __ Semaines 2 __ __ Mois 3 __ __ NSP 988 Refus 999	
AV24. OU EST-CE QUE LE DECES DE (NOM) A EU LIEU ?	Boké 1 Conakry 2 Faranah 3 Kankan 4 Kindia 5 Labé 6 Mamou 7 Nzérékoré 8 NSP 98 Refus 99	

HISTORIQUE MATERNEL – AUTOPSIE VERBALE				HM	
HM1. EST-CE QU'AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS DE LA GROSSESSE ET/OU PENDANT LE TRAVAIL ET/OU L'ACCOUCHEMENT DE (NOM), LA MERE (VOUS) A/AVEZ-VOUS SOUFFERT DES PROBLEMES SUIVANTS ? <i>Citer tous les problèmes et enregistrer une réponse pour chacun d'entre eux.</i>					
		Oui	Non	NSP	Ref
[A] La mère avait des convulsions	[A] Convulsions	1	2	8	9
[B] La mère avait de l'hypertension	[B] Hypertension	1	2	8	9
[C] La mère avait de l'anémie	[C] Anémie	1	2	8	9
[D] La mère avait du diabète	[D] Diabète	1	2	8	9
[E] (nom) présenté les pieds ou une autre partie du corps autre que la tête la première	[E] Positionnement	1	2	8	9
[F] Le cordon ombilical est sorti le premier	[F] Cordon premier	1	2	8	9
[G] Le cordon ombilical était autour du cou de (nom)	[G] Cordon autour cou	1	2	8	9
[H] La mère avait des saignements excessifs avant ou pendant l'accouchement	[H] Saignements	1	2	8	9
[I] La mère avait de la fièvre durant le travail	[I] Fièvre	1	2	8	9
[J] Autre complication (préciser) :	[J] Autre	1	2	8	9
HM2. APRES COMBIEN DE MOIS DE GROSSESSE (NOM) EST-IL NE ?		Mois	NSP.....	Refus.....	⇒HM4
HM3. EST-CE QUE LA GROSSESSE S'EST TERMINEE PLUS TOT QUE PREVU (PREMATUREMENT), AU BON MOMENT, OU TARDIVEMENT ?		Plus tôt.....	Au bon moment	Tardivement.....	
		NSP.....	Refus.....		
HM4. EST-CE QUE (NOM) BOUGEAIT A L'INTERIEUR DU VENTRE PENDANT LES JOURS PRECEDANT LA NAISSANCE ?		Oui	Non	NSP.....	2⇒HM6
		Refus.....			8⇒HM6
HM5. QUAND LA MERE (VOUS) A-T-ELLE/AVEZ-VOUS SENTI LE BEBE BOUGER POUR LA DERNIERE FOIS AVANT L'ACCOUCHEMENT ? <i>Noter le temps écoulé entre le dernier mouvement du bébé ressenti par la mère et l'accouchement</i>		Heures	Jours	NSP.....	9⇒HM6
		Refus.....			

HM6. EST-CE QUE LA MERE (VOUS) A (AVEZ) PERDU LES EAUX AVANT DE COMMENCER LE TRAVAIL (CONTRACTIONS) OU PENDANT LE TRAVAIL ? <i>Si NSP insister : VOUS A-T-ON PERCE LA POCHE DES EAUX AVANT OU PENDANT LE TRAVAIL ?</i>	Avant..... 1 Pendant..... 2 NSP..... 8 Refus..... 9	2⇒HM8 8⇒HM8 9⇒HM8
HM7. COMBIEN DE TEMPS AVANT LE TRAVAIL (CONTRACTIONS) EST-CE QUE LA MERE (VOUS) A/AVEZ PERDU LES EAUX ?	Moins d'un jour 1 Un jour ou plus..... 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
HM8. QUELLE ETAIT LA COULEUR DU LIQUIDE QUAND LA MERE A/ VOUS AVEZ PERDU LES EAUX ?	Vert ou brunâtre 1 Clair (normal) 2 Autre (préciser) 6 <hr/> NSP..... 8 Refus..... 9	
HM9. LES EAUX AVAIENT-ELLES UNE MAUVAISE ODEUR ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
HM10. COMBIEN D'HEURES LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT ONT DURE ? <i>Si moins d'1 heure, enregistrer 00</i>	Heures — — NSP..... 98 Refus..... 99	
HM11. EST-CE QUE LA MERE (VOUS) A (AVEZ) ETE VACCINEE CONTRE LE TETANOS NEONATAL DEPUIS QU'ELLE (QUE VOUS) A (AVEZ) ATTEINT L'AGE DE PROCREATION, Y COMPRIS DURANT CETTE GROSSESSE ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	2⇒HM13 8⇒HM13 9⇒HM13
HM12. COMBIEN DE FOIS AU TOTAL LA MERE A-T-ELLE (AVEZ-VOUS) ETE VACCINEE CONTRE LE TETANOS NEONATAL?	Une 1 Deux..... 2 Trois 3 Quatre 4 Cinq et plus 5 NSP..... 8 Refus..... 9	
HM13. QUI A FOURNI DE L'ASSISTANCE AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT DE (NOM) ?	Professionnel de la santé : Médecin A Infirmière / Sage-femme B Agent technique de santé C Autre personne Accoucheuse traditionnelle F Agent de santé communautaire G Parent(e) / Ami(e) H Autre (préciser) X Personne Y NSP..... Z Refus..... ?	
HM14. EST-CE QUE L'ACCOUCHEMENT S'EST FAIT PAR VOIE BASSE (VAGINAL) OU PAR CESARIENNE ?	Vaginal 1 Césarienne 2 NSP..... 8 Refus..... 9	2⇒HM16

HM15. EST-CE QUE DES FORCEPS ONT ETE UTILISES LORS DE L'ACCOUCHEMENT DE (NOM) ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	1⇒HM17 2⇒HM17 8⇒HM17 9⇒HM17
HM16. QUAND EST-CE QUE LA DECISION DE FAIRE UNE CESARIENNE A-T-ELLE ETE PRISE ? ETAIT-CE AVANT OU APRES QUE LES DOULEURS DE L'ACCOUCHEMENT AIENT COMMENCE ?	Avant..... 1 Après..... 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
HM17. PENDANT LE TRAVAIL, MAIS AVANT L'ACCOUCHEMENT, EST-CE QUE LA MERE (VOUS) A (AVEZ) REÇU UNE PIQURE ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
DECES DES NOUVEAU-NES		
NN		
NN1. EST-CE QUE (NOM) PRESENTAIT DES CONTUSIONS OU DES SIGNES DE BLESSURE SUR LE CORPS AU MOMENT DE LA NAISSANCE ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
NN2. EST-CE QUE (NOM) PRESENTAIT DES MALFORMATIONS -PAR EXEMPLE, DES EXCROISSANCES, OU UNE PARTIE DU CORPS TROP GRANDE OU TROP PETITE ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	2⇒NN4 8⇒NN4 9⇒NN4
NN3. QUELLES ETAIENT CES MALFORMATIONS ? <i>Noter toutes les réponses mentionnées. Montrer les photos pour aider l'enquêté(e) à répondre</i>	Tête trop petite..... A Tête trop grande B Enflure/défaut niveau du dos ou de la nuque C Autre X NSP..... Z Refus..... ?	
NN4. EST-CE QUE (NOM) A RESPIRE TOUT DE SUITE APRES LA NAISSANCE ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	2⇒NN6 8⇒NN6 9⇒NN6
NN5. EST-CE QUE (NOM) AVAIT DES DIFFICULTES A RESPIRER TOUT DE SUITE APRES LA NAISSANCE ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	2⇒NN7 8⇒NN7 9⇒NN7
NN6. (NOM) A-T-IL BENEFICIE D'UNE ASSISTANCE RESPIRATOIRE ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
NN7. (NOM) A-T-IL PLEURE TOUT DE SUITE APRES LA NAISSANCE ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	1⇒NN9
NN8. COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE EST-CE QUE (NOM) A COMMENCE A PLEURER ?	Moins de 5 minutes..... 1 Entre 6 et 30 minutes..... 2 Plus de 30 minutes 3 Jamais..... 4 NSP..... 8 Refus..... 9	4⇒NN11
NN9. EST-CE QUE (NOM) A CESSE D'ETRE	Oui 1	

CAPABLE DE PLEURER?	Non	2	2⇒NN11
	NSP.....	8	8⇒NN11
	Refus.....	9	9⇒NN11

NN10. COMBIEN DE TEMPS AVANT SON DECES EST-CE QUE (NOM) A CESSÉ DE PLEURER ?	Moins d'un jour 1 Un jour et plus 2 NSP 8 Refus 9	
NN11. EST-CE QUE (NOM) A ÉTÉ CAPABLE DE TETER OU DE PRENDRE LE BIBERON NORMALEMENT IMMÉDIATEMENT APRÈS LA NAISSANCE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8 Refus 9	1⇒NN13
NN12. EST-CE QUE (NOM) A ÉTÉ CAPABLE DE TETER OU DE PRENDRE LE BIBERON NORMALEMENT PLUS TARD ?	Oui 1 Non 2 NSP 8 Refus 9	2⇒NN17 8⇒NN17 9⇒NN17
NN12A. COMBIEN DE TEMPS APRÈS LA NAISSANCE (NOM) A-T-IL COMMENCÉ À TETER OU À PRENDRE SON BIBERON NORMALEMENT ?	Heures 1 ____ Jours 2 ____ NSP 998 Refus 999	
NN13. EST-CE QUE (NOM) A ARRÊTÉ DE POUVOIR TETER OU PRENDRE LE BIBERON DE FAÇON NORMALE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8 Refus 9	2⇒NN17 8⇒NN17 9⇒NN17
NN14. COMBIEN DE JOURS APRÈS LA NAISSANCE (NOM) A-T-IL CESSÉ DE TETER OU DE PRENDRE LE BIBERON ?	Jours ____ NSP 98 Refus 99	
NN15. COMBIEN DE TEMPS AVANT LE DECES, (NOM) A-T-IL CESSÉ DE TETER OU DE PRENDRE LE BIBERON ?	Moins d'un jour 1 Un jour et plus 2 NSP 8 Refus 9	
NN16. (NOM) ÉTAIT-IL CAPABLE D'OUVRIR LA BOUCHE QUAND IL A ARRÊTÉ DE TETER OU DE PRENDRE LE BIBERON ?	Oui 1 Non 2 NSP 8 Refus 9	
NN17. DURANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, (NOM) AVAIT-IL/AVAIT-ELLE DES PROBLÈMES POUR RESPIRER ?	Oui 1 Non 2 NSP 8 Refus 9	2⇒NN20 8⇒NN20 9⇒NN20
NN18. QUEL ÂGE (EN JOURS) AVAIT (NOM) QUAND CES DIFFICULTÉS ONT COMMENCÉ ?	Jours ____ NSP 98 Refus 99	
NN19. PENDANT COMBIEN DE JOURS CES PROBLÈMES DE RESPIRATION ONT-ILS DURÉ ?	Jours ____ NSP 98 Refus 99	
NN20. DURANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES (NOM) RESPIRAIT-IL/RESPIRAIT-ELLE RAPIDEMENT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8 Refus 9	2⇒NN23 8⇒NN23 9⇒NN23
NN21. À QUEL ÂGE (EN JOURS) EST-CE QUE (NOM) A COMMENCÉ À RESPIRER RAPIDEMENT ?	Jours ____ NSP 98 Refus 99	
NN22. PENDANT COMBIEN DE JOURS, (NOM) A-T-IL/A-T-ELLE RESPIRÉ RAPIDEMENT ?	Jours ____ NSP 98 Refus 99	

NN23. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, AVEZ-VOUS VU LA PAROI THORACIQUE INTERIEURE/LAS COTES DE (NOM)SE RETRACTER LORSQUE (NOM) RESPIRAIT ? (« TIRAGE THORACIQUE ») <i>Montrer les photos pour aider l'enquêté(e) à répondre</i>	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
NN24. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, (NOM) EMETTAIT-IL DES GROGNEMENTS ? <i>Donner un exemple de grognement à l'enquêté(e) pour l'aider à répondre.</i>	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
NN25. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, (NOM) AVAIT-IL DES SPASMES OU DES CONVULSIONS ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
NN26. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES (NOM) AVAIT-IL/AVAIT-ELLE DE LA FIEVRE ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	2⇒NN29 8⇒NN29 9⇒NN29
NN27. A QUEL AGE (EN JOURS) LA FIEVRE A-T-ELLE COMMENCE ?	Jours — — NSP..... 98 Refus..... 99	
NN28. PENDANT COMBIEN DE JOURS LA FIEVRE A-T-ELLE DURE ?	Jours — — NSP..... 98 Refus..... 99	
NN29. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, (NOM) EST-IL DEvenu FROID AU TOUCHER ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	2⇒NN32 8⇒NN32 9⇒NN32
NN30. A QUEL AGE(EN JOURS) (NOM) EST-IL DEvenu FROID AU TOUCHER ?	Jours — — NSP..... 98 Refus..... 99	
NN31. COMBIEN DE JOURS(NOM) EST-IL RESTE FROID AU TOUCHER ?	Jours — — NSP..... 98 Refus..... 99	
NN32. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, (NOM) EST-IL DEvenu LETHARGIQUE (SANS ENERGIE), APRES UNE PERIODE D'ACTIVITE NORMALE ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
NN33. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, (NOM) EST-IL DEvenu SANS REACTION OU INCONSCIENT ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
NN34. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, (NOM) PRESENTAIT-IL UN BOMBEMENT DE LA FONTANELLE ? <i>Montrer les photos pour aider l'enquêté(e) à répondre</i>	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
NN35. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, EST-CE QUE LE MOIGNON DU CORDON OMBILICAL DE (NOM) SUPPURAIT ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	

	Refus.....	9	
NN36. . PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, EST-CE QUE LE MOIGNON DU CORDON OMBILICAL DE (NOM) AVAIT ROUGI ?	Oui	1	
	Non	2	2⇒NN38
	NSP.....	8	8⇒NN38
	Refus.....	9	9⇒NN38

NN37. EST-CE QUE CETTE ROUGEUR S'ETENDAIT AU RESTE DU VENTRE DE (NOM)?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
NN38. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, EST-CE QUE (NOM) PRESENTAIT DES BOUTONS/CLOQUES/PUSTULES SUR LA PEAU QUI CONTENAIENT DU PUS ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
NN39. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, EST-CE QUE (NOM) AVAIT DES PLAIES OU DES MARQUES ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
NN40. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES EST-CE QUE (NOM) AVAIT DES ROUGEURS ET/OU DES GONFLEMENTS SUR LA PEAU ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
NN41. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, EST-CE QUE (NOM) AVAIT DES ENDROITS SUR SA PEAU QUI SONT DEVENUS SOMBRES/NECROSES ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
NN42. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, (NOM) A-T-IL/A-T-ELLE SAIGNE DE QUELQUE PART ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	2⇒NN44 8⇒NN44 9⇒NN44
NN43. DE QUEL(S) ENDROIT(S)(NOM) A-T-IL/A-T-ELLE SAIGNE? <i>Noter toutes les réponses mentionnées.</i>	Bouche A Nez B Anus C Oreilles D Autre X _____ NSP..... Z Refus..... ?	
NN44. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, EST-CE QUE (NOM) A EU DE LA DIARRHEE (DES SELLES PLUS MOLLES OU LIQUIDES, ET PLUS FREQUENTES QUE D'HABITUDE) ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	2⇒NN46 8⇒NN46 9⇒NN46
NN45. LE JOUR OU (NOM) A EU LE PLUS DE DIARRHEE, , COMBIEN DE FOIS EST-IL/EST-ELLE ALLÉ(E) A LA SELLE ?	Selles ____ NSP..... 98 Refus..... 99	
NN46. DURANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, EST-CE QUE (NOM) VOMISSAIT TOUTE NOURRITURE ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
NN46A. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, (NOM) AVAIT-T-IL/AVAIT-T-ELLE DE LA TOUX ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	2⇒NN47 8⇒NN47 9⇒NN47
NN46B. PENDANT COMBIEN DE TEMPS LA TOUX DE (NOM) A-T-ELLE DURE ?	Jours 1 ____ Semaines 2 ____ NSP..... 998	

	Refus.....	999
--	------------	-----

NN46C. LA TOUX DE (NOM) ETAIT-ELLE TRES FORTE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8 Refus 9	
NN46D. LA TOUX DE (NOM) ETAIT-ELLE ACCOMPAGNEE DE SANG ?	Oui 1 Non 2 NSP 8 Refus 9	
NN46E. EST-CE QUE (NOM) VOMISSAIT APRES AVOIR TOUSSE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8 Refus 9	
NN47. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, EST-CE QUE (NOM) AVAIT LA PEAU JAUNIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8 Refus 9	
NN48. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, EST-CE QUE (NOM) AVAIT LE BLANC DES YEUX JAUNI ?	Oui 1 Non 2 NSP 8 Refus 9	
NN49. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, EST-CE QUE (NOM) A EU LE HOQUET ?	Oui 1 Non 2 NSP 8 Refus 9	
NN50. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, EST-CE QUE (NOM) A PERDU L'OUÏE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8 Refus 9	
NN50A. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, LE CORPS DE (NOM) S'EST-IL RAIDI ET CAMBRE EN ARRIERE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8 Refus 9	
NN51. EST-CE QUE (NOM) APPARAISSAIT EN BONNE SANTE, MAIS EST DECEDE SUBITEMENT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8 Refus 9	
NN52. Fin de la section sur les décès des nouveau-nés. Passer à la section AC1.		

DECES DES NOURRISSONS ET DES ENFANTS DE MOINS 5 ANS		NF
NF1. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES (NOM) AVAIT-IL/AVAIT-ELLE DE LA FIEVRE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8 Refus 9	2⇒NF6 8⇒NF6 9⇒NF6
NF2. PENDANT COMBIEN DE TEMPS LA FIEVRE A-T-ELLE DURE ? <i>SI MOINS D'UN JOUR, NOTER « 00 »</i>	Jours 1 ____ Semaines 2 ____ NSP 998 Refus 999	
NF3. LA FIEVRE A-T-ELLE CONTINUE JUSQU'AU DECES DE (NOM) ?	Oui 1 Non 2 NSP 8 Refus 9	
NF4. LA FIEVREDE (NOM) ETAIT-ELLE FAIBLE, MODEREE OU FORTE ?	Faible 1 Modérée 2 Forte 3 NSP 8 Refus 9	
NF5. QUELLE ETAIT LA TENDANCE DE LA FIEVREDE (NOM) ?	Continue 1 Passagère 2 Seulement la nuit 3 NSP 8 Refus 9	
NF6. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, EST-CE QUE (NOM) A EU DE LA DIARRHEE (C'EST-A- DIRE DES SELLES PLUS MOLLES OU LIQUIDES, ET PLUS FREQUENTES QUE D'HABITUDE) ?	Oui 1 Non 2 NSP 8 Refus 9	2⇒NF12 8⇒NF12 9⇒NF12
NF7. LE JOUR OU (NOM) A EU LE PLUS DE DIARRHEE, COMBIEN DE FOIS EST-IL/EST-ELLE ALLE(E) A LA SELLE ?	Selles ____ NSP 98 Refus 99	
NF8. COMBIEN DE JOURS AVANT LE DECES DE (NOM) LA DIARRHEE A-T-ELLE COMMENCE ?	Jours ____ NSP 98 Refus 99	
NF9. EST-CE QUE LA DIARRHEE A CONTINUE JUSQU'AU DECES DE (NOM) ?	Oui 1 Non 2 NSP 8 Refus 9	1⇒NF11 8⇒NF11 9⇒NF11
NF10. COMBIEN DE JOURS AVANT LE DECES EST-CE QUE LA DIARRHEE DE (NOM) S'EST ARRETEE ?	Jours ____ NSP 98 Refus 99	
NF11. Y-A-T-IL EU DU SANG DANS LA DIARRHEE DE (NOM) ?	Oui 1 Non 2 NSP 8 Refus 9	

NF12. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, (<i>NOM</i>)AVAIT-T-IL/AVAIT-T-ELLE DE LA TOUX ?	Oui	1	2⇒NF17 8⇒NF17 9⇒NF17
	Non	2	
	NSP.....	8	
	Refus.....	9	
NF13. PENDANT COMBIEN DE TEMPS LA TOUX DE (<i>NOM</i>) A-T-ELLE DURE ?	Jours	1 — —	
	Semaines	2 — —	
	NSP.....	998	
	Refus.....	999	

NF14. LA TOUX DE (NOM) ETAIT-ELLE TRES FORTE?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9																
NF15. LA TOUX DE (NOM) ETAIT-ELLE ACCOMPAGNEE DE SANG ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9																
NF16. EST-CE QUE (NOM) VOMISSAIT APRES AVOIR TOUSSE ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9																
NF17. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, (NOM) AVAIT-IL/AVAIT-ELLE DES PROBLEMES POUR RESPIRER ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	2⇒ NF19 8⇒ NF19 9⇒ NF19															
NF18. PENDANT COMBIEN DE TEMPS CES PROBLEMES DE RESPIRATION ONT-ILS DURE ?	Jours 1 ____ Semaines 2 ____ Mois 3 ____ NSP..... 998 Refus..... 999																
NF19. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES (NOM) RESPIRAIT-IL/RESPIRAIT-ELLE RAPIDEMENT ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	2⇒ NF21 8⇒ NF21 9⇒ NF21															
NF20. PENDANT COMBIEN DE TEMPS, A-T-IL/A-T-ELLE RESPIRE RAPIDEMENT ?	Jours 1 ____ Semaines 2 ____ NSP..... 998 Refus..... 999																
NF21 Vérifier NF17 et NF19 <input type="checkbox"/> Si « oui » à NF17 ou NF19 ⇒ Continuer avec NF22 <input type="checkbox"/> Si « non » à NF17 et NF19 ⇒ Continuer avec NF24																	
NF22. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, AVEZ-VOUS VU LA PAROI THORACIQUE INTERIEURE/LAS COTES SE RETRACTER LORSQUE (NOM) RESPIRAIT ? (« TIRAGE THORACIQUE »)	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9																
NF23. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, EST-CE QUE LA RESPIRATION (NOM) FAISAIT UN DE CES SONS : [A] STRIDENCE ? [B] GROGNEMENT ? [C] SIFFLEMENT ?	<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 10px;"> OUI NON NSP Ref </div> <table> <tr> <td>Stridence</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Grogement</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Sifflement</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> </table>	Stridence	1	2	8	9	Grogement	1	2	8	9	Sifflement	1	2	8	9	
Stridence	1	2	8	9													
Grogement	1	2	8	9													
Sifflement	1	2	8	9													

NF24. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, (NOM) A-T-IL/A-T-ELLECONNU DES CONVULSIONS GENERALISEES?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
NF25. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, (NOM) A-T-IL/A-T-ELLE PERDU CONNAISSANCE ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	2⇒NF27 8⇒NF27 9⇒NF27

NF26. COMBIEN DE TEMPS AVANT LE DECES, EST-CE QUE (NOM) A PERDU CONNAISSANCE ?	Jours 1 ____ Semaines 2 ____ NSP..... 998 Refus..... 999																																				
NF27. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, (NOM) AVAIT-IL/AVAIT-ELLE DES RAIDEURS OU DES DOULEURS DANS LA NUQUE ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9																																				
NF28. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, EST-CE QUE (NOM)AVAIT LA FONTANELLE BOMBEE ? <i>Montrer les photos pour aider l'enquêté(e) à répondre</i>	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9																																				
NF29. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, EST-CE QUE (NOM) PRESENTAIT UNE FONTANELLE AFFAISSEE ? <i>Montrer les photos pour aider l'enquêté(e) à répondre</i>	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9																																				
NF30. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, (NOM) A T-IL PRESENTE UNE ERUPTION CUTANEE ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	2⇒NF37 8⇒NF37 9⇒NF37																																			
NF31. CETTE ERUPTION ETAIT-ELLE LOCALISEE : [A] AU VISAGE ? [B] AU TRONC ? [C] AU VENTRE ? [D] AUX EXTREMITES (MAINS, PIEDS) [E] PARTOUT [F] AUTRE (A PRECISER) _____	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> <th>Ref</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Visage</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Tronc</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Ventre</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Extrémités</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Partout</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Autre</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	Ref	Visage	1	2	8	9	Tronc	1	2	8	9	Ventre	1	2	8	9	Extrémités	1	2	8	9	Partout	1	2	8		Autre	1	2	8		
	OUI	NON	NSP	Ref																																	
Visage	1	2	8	9																																	
Tronc	1	2	8	9																																	
Ventre	1	2	8	9																																	
Extrémités	1	2	8	9																																	
Partout	1	2	8																																		
Autre	1	2	8																																		
NF32. OU CETTE ERUPTION CUTANEE A-T-ELLE COMMENCE ? [A] AU VISAGE ? [B] AU TRONC ? [C] AU VENTRE ? [D] AUX EXTREMITES (MAINS, PIEDS) [E] PARTOUT [F] AUTRE (A PRECISER) _____	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> <th>Ref</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Visage</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Tronc</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Ventre</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Extrémités</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Partout</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Autre</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	Ref	Visage	1	2	8	9	Tronc	1	2	8	9	Ventre	1	2	8	9	Extrémités	1	2	8	9	Partout	1	2	8		Autre	1	2	8		
	OUI	NON	NSP	Ref																																	
Visage	1	2	8	9																																	
Tronc	1	2	8	9																																	
Ventre	1	2	8	9																																	
Extrémités	1	2	8	9																																	
Partout	1	2	8																																		
Autre	1	2	8																																		

NF33. COMBIEN DE TEMPS CETTE ERUPTION A-T-ELLE DURE ?	Jours 1 _ _ Semaines 2 _ _ NSP..... 998 Refus..... 999	
NF34. EST-CE QUE CETTE ERUPTION ETAIT TYPIQUE DE LA ROUGEOLE? <i>Montrer les photos pour aider l'enquêté(e) à répondre</i>	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
NF35. EST-CE QUE L'ERUPTION SE PRESENTAIT SOUS FORME DE CLOQUES REMPLIES DE LIQUIDE CLAIR ? <i>Montrer les photos pour aider l'enquêté(e) à répondre</i>	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
NF36. EST-CE QUE (Nom) PRESENTAIT UNE ERUPTION HEMORRAGIQUE ? <i>Montrer les photos pour aider l'enquêté(e) à répondre</i>	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	

NF37. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, EST-CE QUE LES MEMBRES DE (NOM) (BRAS, JAMBES) SONT DEVENUS TRES MAIGRES ? <i>Montrer les photos pour aider l'enquêté(e) à répondre</i>	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
NF38. (NOM)A-T-IL/ELLE EU UNE PARALYSIE DES MEMBRES INFERIEURS ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	2⇒NF41 8⇒NF41 9⇒NF41
NF39. COMBIEN DE TEMPS CETTE PARALYSIE DES MEMBRES INFERIEURS A-T-ELLE DURE ?	Jours 1 ____ Semaines 2 ____ NSP..... 998 Refus..... 999	
NF40. CETTE PARALYSIE DES MEMBRES INFERIEURS A- T-ELLE ETE PLUTOT RAPIDE C'EST-A-DIRE SE MANIFESTANT DANS L'ESPACE D'UNE JOURNEE OU PLUTOT LENTE C'EST-A-DIRE JOUR APRES JOUR ?	Plutôt rapide..... 1 Plutôt lente 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
NF41. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, EST-CE QUE LES MEMBRES INFERIEURS DE (NOM)(JAMBES, PIEDS) SONT DEVENUS ENFLES ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	2⇒NF43 8⇒NF43 9⇒NF43
NF42. COMBIEN DE TEMPS CETTE ENFLURE A-T-ELLE DURE ?	Jours 1 ____ Semaines 2 ____ NSP..... 998 Refus..... 999	
NF43. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, EST-CE QUE LA PEAU DE (NOM) S'ECAILLAIT PAR MORCEAUX ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
NF44. EST-CE QUE LES CHEVEUX DE (NOM) ONT CHANGE DE COULEUR ET SONT DEVENUS JAUNATRES OU ROUSSATRES ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
NF45. DURANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES EST-CE QUE (NOM) AVAIT UN VENTRE PLUS SAILLANT QUE D'HABITUDE ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
NF46. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, (NOM) SOUFFRAIT-IL DE « MANQUE DE SANG » OU DE « PALEUR » ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	

NF47. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, (NOM) PRESENTAIT-IL UNE ENFLURE... [A] DU VISAGE? [B] DES ARTICULATIONS ? [C] DES AISSELLES [D] DES CHEVILLES ? [E] DU CORPS TOUT ENTIER ? [F] D'UN AUTRE ENDROIT (A PRECISER) _____? <i>Poser toutes les questions une par une</i>		OUI	NON	NSP	Ref	
	Visage	1	2	8	9	
	Articulations	1	2	8	9	
	Aisselles	1	2	8	9	
	Chevilles	1	2	8	9	
	Entier	1	2	8	9	
	Autre	1	2	8	9	
NF48. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, (NOM) AVAIT-IL/AVAIT-ELLE DES PLAQUES BLANCHES DANS LA BOUCHE OU SUR LA LANGUE ?	Oui				1	
	Non				2	
	NSP.....				8	
	Refus.....				9	

NF49. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, (NOM) A-T-IL/A-T-ELLE SAIGNE DE QUELQUE PART ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9	2⇒NF50 8⇒NF51 9⇒NF51																														
NF49B. DE QUEL ENDROIT (NOM) A-T-IL/A-T-ELLE SAIGNE ? [A] NEZ [B] BOUCHE [C] ANUS [D] OREILLES [E] AUTRE (A PRECISER) _____	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> <th>Ref</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nez</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Bouche</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Anus</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Oreilles</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Autre</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	Ref	Nez	1	2	8	9	Bouche	1	2	8	9	Anus	1	2	8	9	Oreilles	1	2	8	9	Autre	1	2	8	9	
	OUI	NON	NSP	Ref																												
Nez	1	2	8	9																												
Bouche	1	2	8	9																												
Anus	1	2	8	9																												
Oreilles	1	2	8	9																												
Autre	1	2	8	9																												
NF50. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, EST-CE QUE (NOM) AVAIT DES ENDROITS SUR SA PEAU QUI SONT DEVENUS SOMBRES/NECROSES ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9																															
NF51. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, EST-CE QUE (NOM) AVAIT LA PEAU JAUNIE ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9																															
NF52. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, EST-CE QUE (NOM) AVAIT LE BLANC DES YEUX JAUNI ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9																															
NF53. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, EST-CE QUE (NOM) A EU LE HOQUET ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9																															
NF54. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, EST-CE QUE (NOM) A PERDU L'OUÏE ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9																															
NF55. PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES, (NOM) EST-IL DEvenu LETHARGIQUE (SANS ENERGIE), APRES UNE PERIODE D'ACTIVITE NORMALE ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8 Refus..... 9																															

BLESSURES ET ACCIDENTS		AC			
AC1. (NOM) A-T-IL/A-T-ELLE EU UNE BLESSURE ET/OU UN ACCIDENT TEL QUE :		OUI	NON	NSP	Ref
[A] UN ACCIDENT DE LA ROUTE ?					9
[B] UNE CHUTE ?	un accident de la route	1	2	8	9
[C] UNE NOYADE ?	une chute				9
[D] UN EMPOISONNEMENT ?	une noyade	1	2	8	9
[E] UNE MORSURE OU UNE PIQURE D'UN ANIMAL/INSECTE VENIMEUX ?	empoisonnement	1	2	8	9
[F] UN INCENDIE ?	une morsure ou piqure d'un animal/insecte venimeux	1	2	8	9
[G] UNE VIOLENCE (SUICIDE, HOMICIDE, ABUS) ?	un incendie	1	2	8	9
[H] UNE AUTRE BLESSURE ?	une violence (suicide, homicide, abus)	1	2	8	9
_____	autre blessure :				
	_____	1	2	8	
		1	2	8	
AC2. COMBIEN DE TEMPS APRES LA BLESSURE/ACCIDENT DE (NOM) A-T-IL/A-T-ELLE SURVECU ?	Heures 1 ____				
	Jours 2 ____				
	NSP 998				
	Refus 999				

UTILISATION DES SOINS PENDANT LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES					SO
SO1. (NOM)A-T-IL/A-T-ELLE REÇU UN TRAITEMENT MEDICAL PENDANT DE LA MALADIE QUI A CONDUIT AU DECES ?	Oui.....	1			
	Non.....	2			2⇒SO4
	NSP.....	8			8⇒SO4
	Refus.....	9			9⇒SO4
SO2. QUEL TYPE DE TRAITEMENT (NOM) A-T-IL REÇU :	OUI	NO	NSP	Ref	
[A] SELS DE REHYDRATATION ORALE	Sels			9	
[B] PERFUSIONS LIQUIDIENNES ?	Perfusions	1	2	8	9
[C] TRANSFUSION SANGUINE ?	Transfusion				
[D] TRAITEMENT/ALIMENTATION PAR SONDE NASALE?	Sonde nasale	1	2	8	9
[E] PIQURES ANTIBIOTIQUES	Antibiotiques	1	2	8	9
[F] TRAITEMENTS ANTIRETROVIRAUX	Antirétroviraux	1	2	8	9
[G] AUTRE TRAITEMENT	Autre			9	
_____?	_____	1	2	8	9
		1	2	8	
		1	2	8	
		1	2	8	
		1	2	8	
SO3. DANS QUEL ENDROITOU AUPRES DE QUI EST-CE QUE CES SOINS ONT-ILS ETE CHERCHES ?	OUI	NO	NSP	Ref	
[A] GUERISSEUR TRADITIONNEL	Guérisseur			9	
[B] HOMEOPATHE	Homéopathe	1	2	8	9
[C] LEADER RELIGIEUX	Leader rel.	1	2	8	9
[D] HOPITAL PUBLIC	Hôpital public	1	2	8	9
[E] CENTRE DE SANTE OU CLINIQUE PUBLICS	Centre de sante	1	2	8	9
[F] HOPITAL PRIVE	Hôpital privé	1	2	8	9
[G] CENTRE DE SOINS COMMUNAUTAIRE	Centre de soins	1	2	8	9
[H] ACCOUCHEUR/SE TRADITIONNEL/LE	Acc. Trad.			9	
[I] MEDECIN PRIVE	Médecin privé			9	
[J] PHARMACIE, VENDEUR DE MEDICAMENTS	Pharmacie	1	2	8	9
[K] AUTRE _____	Autre	1	2	8	9
	_____	1	2	8	9
		1	2	8	
		1	2	8	
		1	2	8	
		1	2	8	

SO4. (NOM)A-T-IL/A-T-ELLE ETE OPERE(E) PENDANT LA MALADIE, OU SUITE A L'ACCIDENT, QU'IL A CONDUIT AU DECES ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8 Refus..... 9	2⇒SO7 8⇒SO7 9⇒SO7
SO5. A QUEL ENDROIT DU CORPS, (NOM)A-T-IL/A-T-ELLE ETE OPERE(E) ?	Abdomen..... A Thorax..... B Tête..... C Autre..... X <hr/> NSP..... Z Refus..... ?	
SO6. A-T-IL/A-T-ELLE EU CETTE OPERATION MOINS D'UN MOIS AVANT SA MORT ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
SO7. EST-CE QUE L'ENFANT A REÇU LA VISITE D'UN OU PLUSIEURS PERSONNELS DE SANTE A DOMICILE DANS LES 6 SEMAINES PRECEDANT SA MORT ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8 Refus..... 9	2⇒SO10 8⇒SO10 9⇒SO10

SO8. DURANT CES VISITES, QUELLES PROCEDURES EST-CE QUE LE PERSONNEL DE SANTE A-T-IL EFFECTUE ?	Prise de la température	A	
	Palpations	B	
	Auscultation	C	
	Question sur contacts	D	
	Mesure de la taille et du poids	E	
	Traitement avec des médicaments	F	
	Autre	X	
	NSP	Z	
	Refus	?	
SO9. DURANT CES VISITES, EST-CE QUE LE PERSONNEL DE SANTE EXAMINAIT AUSSI D'AUTRES MEMBRES DU MENAGE DE (NOM) ?	Oui	1	
	Non	2	
	NSP	8	
	Refus	9	
SO10. EST-CE QU'UN MEDECIN OU UN AUTRE PERSONNEL SOIGNANT A DIAGNOSTIQUE LA TUBERCULOSE CHEZ (NOM)?	Oui	1	
	Non	2	
	NSP	8	
	Refus	9	
SO11. EST-CE QU'UN MEDECIN OU UN AUTRE PERSONNEL SOIGNANT A DIAGNOSTIQUE LE VIH/SIDA CHEZ (NOM)?	Oui	1	
	Non	2	
	NSP	8	
	Refus	9	
SO12. EST-CE QU'UN MEDECIN OU UN AUTRE PERSONNEL SOIGNANT A FAIT UN TEST DE DEPISTAGE DU PALUDISME SUR (NOM) DONT LE RESULTAT S'EST AVERE POSITIF ?	Oui	1	
	Non	2	
	NSP	8	
	Refus	9	
SO13. EST-CE QU'UN MEDECIN OU UN AUTRE PERSONNEL SOIGNANT A FAIT UN TEST DE DEPISTAGE DU PALUDISME SUR (NOM) DONT LE RESULTAT S'EST AVERE NEGATIF ?	Oui	1	
	Non	2	
	NSP	8	
	Refus	9	
SO14. EST-CE QU'UN MEDECIN OU UN AUTRE PERSONNEL SOIGNANT A DIAGNOSTIQUE LA FIEVRE DE LA DENGUE CHEZ (NOM) ?	Oui	1	
	Non	2	
	NSP	8	
	Refus	9	
SO15. EST-CE QU'UN MEDECIN OU UN AUTRE PERSONNEL SOIGNANT A FAIT UN TEST DE DEPISTAGE DE LA MALADIE D'EBOLA SUR (NOM) DONT LE RESULTAT S'EST AVERE POSITIF ?	Oui	1	
	Non	2	
	NSP	8	
	Refus	9	
SO16. EST-CE QU'UN MEDECIN OU UN AUTRE PERSONNEL SOIGNANT A FAIT UN TEST DE DEPISTAGE DE LA MALADIE D'EBOLA SUR (NOM) DONT LE RESULTAT S'EST AVERE NEGATIF ?	Oui	1	
	Non	2	
	NSP	8	
	Refus	9	
SO17. EST-CE QU'UN MEDECIN OU UN AUTRE PERSONNEL SOIGNANT A DIAGNOSTIQUE LA ROUGEOLE CHEZ (NOM) ?	Oui	1	
	Non	2	
	NSP	8	
	Refus	9	
SO18. EST-CE QU'UN MEDECIN OU UN AUTRE PERSONNEL SOIGNANT A DIAGNOSTIQUE UNE MALADIE CARDIAQUE CHEZ (NOM) ?	Oui	1	
	Non	2	
	NSP	8	
	Refus	9	
SO19. EST-CE QU'UN MEDECIN OU UN AUTRE PERSONNEL SOIGNANT A DIAGNOSTIQUE DU	Oui	1	
	Non	2	

DIABETE CHEZ (NOM)?	NSP 8	
	Refus 9	

SO20. EST-CE QU'UN MEDECIN OU UN AUTRE PERSONNEL SOIGNANT A DIAGNOSTIQUE DE L'ASTHME CHEZ (NOM) ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
SO21. EST-CE QU'UN MEDECIN OU UN AUTRE PERSONNEL SOIGNANT A DIAGNOSTIQUE (DE) L'EPILEPSIE CHEZ (NOM)?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
SO22. EST-CE QU'UN MEDECIN OU UN AUTRE PERSONNEL SOIGNANT A DIAGNOSTIQUE UN CANCER CHEZ (NOM)?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
SO23. EST-CE QU'UN MEDECIN OU UN AUTRE PERSONNEL SOIGNANT A DIAGNOSTIQUE LA MALADIE DREPANOCYTAIRE CHEZ (NOM)?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
SO24. EST-CE QU'UN MEDECIN OU UN AUTRE PERSONNEL SOIGNANT A DIAGNOSTIQUE UNE MALADIE RENALE CHEZ (NOM)?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
SO25. EST-CE QU'UN MEDECIN OU UN AUTRE PERSONNEL SOIGNANT A DIAGNOSTIQUE UNE MALADIE DU FOIE CHEZ (NOM)?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8 Refus..... 9	
SO26. EST-CE QU'UN PERSONNEL DE SANTE VOUS A INDIQUE LA CAUSE DE DECES ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8 Refus..... 9	2⇒SO28 8⇒SO28 9⇒SO28
SO27. QU'A-T-IL/A-T-ELLE INDIQUE ?	Cause : NSP..... 98 Refus..... 99	
SO28. EST-CE QUE VOUS AVEZ TOUJOURS DES DOSSIERS DE SANTE CONCERNANT (NOM) ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8 Refus..... 9	2⇒CF1 8⇒CF1 9⇒CF1
SO29. PUIS-JE VOIR CES DOSSIERS ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8 Refus..... 9	2⇒CF1 8⇒CF1 9⇒CF1
SO30. DATE DES VISITES LES PLUS RECENTES :	Visite #1 : _ _ / _ _ / _ _ Visite #2 : _ _ / _ _ / _ _ Visite #3 : _ _ / _ _ / _ _	

CONTEXTE ET FACTEURS DE RISQUE										CF
Si un carnet/carte de vaccination est disponible, recopier les dates à CF3 pour chaque vaccination et Vitamine A enregistrées sur le carnet/carte. Les questions CF6-CF19 ne seront posées que si un carnet/carte n'est pas disponible										
CF1. AVEZ-VOUS TOUJOURS UN CARNET/CARTE OU LES VACCINATIONS DE (<i>nom</i>) SONT ENREGISTREES? (<i>Si Oui</i>) PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ?					Oui, vu 1 Oui, non vu 2 Non, Pas de carnet/carte 3					1⇒CF3 2⇒CF6
CF2. (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE DEJA EU UN CARNET/CARTE DE VACCINATION ?					Oui 1 Non 2 NSP 8 Refus 9					1⇒CF6 2⇒CF6 8⇒CF6 9⇒CF6
CF3. (c) Copier les dates de chaque vaccin du carnet ou de la carte. (d) Ecrire '44' dans la colonne "jour" si le carnet ou la carte montre qu'un vaccin a été fait mais la date n'est pas donnée.					Date de la vaccination					
					Jour	Mois		Année		
BCG					BCG					
POLIO 0					VPO0					
POLIO 1					VPO1					
PENTA 1(DTC0q 1)					PENTA1					
POLIO 2					VPO2					
PENTA 2(DTC0q 2)					PENTA2					
POLIO 3					VPO3					
PENTA 3(DTC0q 3)					PENTA3					
VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI)					VPI					
ROUGEOLE (VAR)					ROUGEOLE					
FIEVRE JAUNE (VAA)					VAA					
VITAMINE A (PREMIERE DOSE)					VITA1					
VITAMINE A (DEUXIEME DOSE)					VITA2					
MEBENDAZOLE 500MG					MEB					
CF4. Vérifier CF3. Est-ce que tous les vaccins (de BCG à fièvre jaune) sont enregistrés ? <input type="checkbox"/> Oui⇒ Aller à CF18B <input type="checkbox"/> Non⇒Continuer avec CF5										

<p>CF5. EN PLUS DE CE QUI EST ENREGISTRE SUR CE CARNET/CARTE, EST-CE QUE (<i>nom</i>) AVAIT REÇU D'AUTRES VACCINS – Y COMPRIS DES VACCINS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNEES DE VACCINATIONS ?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui</i> ⇒ retourner à CF3, insister sur ces vaccinations et écrire '66' dans la colonne jour correspondante</p> <p style="text-align: center;"><i>de chaque vaccin mentionné. Quand complété, passer à CF19</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non/NSP</i> ⇒ Aller à CF19</p>		
<p>CF6. EST-CE QUE (<i>nom</i>) AVAIT DEJA REÇU DES VACCINS POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS DES VACCINS REÇUS AU COURS DE CAMPAGNES OU DES JOURNEES DE VACCINATIONS ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p> <p>Refus 9</p>	<p>2⇒CF20</p> <p>8⇒CF20</p> <p>9⇒CF20</p>
<p>CF7. EST-CE QUE (<i>nom</i>) AVAIT DEJA REÇU LE VACCIN DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE DANS LE BRAS OU L'ÉPAULE ET QUI LAISSE HABITUELLEMENT UNE CICATRICE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p> <p>Refus 9</p>	
<p>CF8. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU UN « VACCIN SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTÉGER CONTRE LA POLIO ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p> <p>Refus 9</p>	<p>2⇒CF11</p> <p>8⇒CF11</p>
<p>CF9. EST-CE QUE LA PREMIERE DOSE CONTRE LA POLIO A ÉTÉ DONNÉE DANS LES DEUX SEMAINES QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p> <p>Refus 9</p>	
<p>CF10. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?</p>	<p>Nombre de fois 0</p> <p>NSP 8</p> <p>Refus 9</p>	
<p>CF11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU « UN VACCIN PENTA » – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION A LA CUISSE OU A LA FESSE – POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LE TÉTANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTÉRIE, L'HÉPATITE B ET L'HAEMOPHILUS DE TYPE B ?</p> <p><i>Insister en précisant que le vaccin Penta est parfois donné en même temps que la polio.</i></p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p> <p>Refus 9</p>	<p>2⇒CF16</p> <p>8⇒CF16</p>
<p>CF16. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA ROUGEOLE C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS À L'ÂGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p> <p>Refus 9</p>	
<p>CF17. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA FIÈVRE JAUNE - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS À L'ÂGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA FIÈVRE JAUNE ?</p> <p><i>Insister en précisant que le vaccin de la fièvre jaune est parfois donné en même</i></p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p> <p>Refus 9</p>	

<i>temps que le vaccin de la rougeole.</i>		
--	--	--

<p>CF19. DITES-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, SI (<i>nom</i>) A ETE VACCINE(E) LORS D'UNE DES CAMPAGNES OU JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION SUIVANTES ET/OU A L'UNE DES JOURNEES DE VITAMINE A SUIVANTES OU A L'UNE DES JOURNEES DE LA SANTE DE L'ENFANT SUIVANTES:</p> <p>[A] 28-31 Janvier 2016/CAMPAGNE POLIO</p> <p>[B] 16-23Février 2016/CAMPAGNE ROUGEOLE</p> <p>[C] 03-06 Mars 2016/CAMPAGNE POLIO</p> <p>[D] 07-10 Avril 2016/CAMPAGNE POLIO</p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p><i>Campagne Polio</i> 1 2 8</p> <p><i>Campagne Rougeole</i> 1 2 8</p> <p><i>Campagne Polio</i> 1 2 8</p> <p><i>Campagne Polio</i> 1 2 8</p>	
<p>CF20. AU COURS DES SIX DERNIERS MOIS AVANT SA MORT, A-T-ON DONNE A (<i>nom</i>) UNE DOSE DE VITAMINE A COMME (CELLE-CI/L'UNE DE CELLES-CI) ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p> <p>Refus 9</p>	
<p>CF21. (<i>nom</i>) A-T-IL/A-T-ELLE ETE ALLAITE(E), MEME SI CE N'EST QU'UNE SEULE FOIS ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p> <p>Refus 9</p>	<p>2⇒CF26</p> <p>8⇒CF26</p> <p>9⇒CF26</p>
<p>CF22. COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE (<i>nom</i>) A-T-IL ETE MIS AU SEIN POUR LA PREMIERE FOIS ?</p>	<p>Immédiatement 0</p> <p>Heures 1 _ _</p> <p>Jours 2 _ _</p> <p>Semaines 3 _ _</p> <p>NSP 998</p> <p>Refus 999</p>	
<p>CF23. (<i>nom</i>) ETAIT-IL/ETAIT-ELLE ENCORE ALLAITE(E) AU MOMENT OU IL/ELLE A COMMENCE A DEVELOPPER LA MALADIE QUI A CAUSE SA MORT ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p> <p>Refus 9</p>	
<p>CF24. LA MERE (VOUS) A-T-ELLE/AVEZ-VOUS ARRETE D'ALLAITER (<i>nom</i>) QUAND IL/ELLE A ETE ATTEINTE PAR LA MALADIE QUI A CONDUIT A SA MORT ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p> <p>Refus 9</p>	
<p>CF25. (<i>NOM</i>) A-T-IL ETE ALLAITE EXCLUSIVEMENT OU CONSOMMAIT-IL/CONSOMMAIT-ELLE AUSSI DES AUTRES ALIMENTS SOLIDES OU LIQUIDES ?</p>	<p>Exclusivement 1</p> <p>Aliments solides/liquides 2</p> <p>NSP 8</p> <p>Refus 9</p>	
<p>CF26. EST-CE QUE QUELQU'UN EST VENU PULVERISER LES MURS DU LOGEMENT OU (<i>NOM</i>) RESIDAIT DANS LES 2 MOIS AVANT SA MORT ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p> <p>Refus 9</p>	<p>2⇒CF29</p> <p>8⇒CF29</p> <p>9⇒CF29</p>

CF27. QUI A PULVERISE LES MURS DU LOGEMENT ?	Gouvernement..... 1 ONG 2 Autre 6 NSP 8 Refus 9	
CF28. POURQUOI EST-CE QUE LES MURS DU LOGEMENT ONT ETE PULVERISES A CE MOMENT-LA ?	Démoustication..... 1 Désinfection..... 2 Autre 6 NSP 8 Refus 9	
CF29. EST-CE QUE QUELQU'UN EST VENU PULVERISER LES MURS DU LOGEMENT OU (NOM) RESIDAIT AU MOMENT OU IL/ELLE EST MORT(E) DANS LES 2 MOIS APRES SON DECES ?	Oui 1 Non 2 NSP 8 Refus 9	2⇒CF32 8⇒CF32 9⇒CF32
CF30. QUI A PULVERISE LES MURS DU LOGEMENT A CE MOMENT-LA ?	Gouvernement..... 1 ONG 2 Autre 6 NSP 8 Refus 9	
CF31. POURQUOI EST-CE QUE LES MURS DU LOGEMENT ONT ETE PULVERISES A CE MOMENT-LA ?	Démoustication..... 1 Désinfection..... 2 Autre 6 NSP 8 Refus 9	
CF32. EST-CE QUE (NOM) A DORMI DANS LA MEME MAISON QU'UNE PERSONNE QUI ETAIT MALADE OU QUI EST DECEDEE DURANT LES 2 MOIS PRECEDANT SA MORT?	Oui 1 Non 2 NSP 8 Refus 9	
CF33. EST-CE QUE (NOM) EST ENTRE(E) EN CONTACT PHYSIQUE AVEC UNE PERSONNE QUI ETAIT MALADE OU QUI EST DECEDEE DURANT LES 2 MOIS PRECEDANT SA MORT?	Oui 1 Non 2 NSP 8 Refus 9	
CF34. EST-CE QUE (NOM) A TOUCHE LES VETEMENTS OU LE LINGE D'UNE PERSONNE QUI ETAIT MALADE OU QUI EST DECEDEE DURANT LES 2 MOIS PRECEDANT SA MORT?	Oui 1 Non 2 NSP 8 Refus 9	
CF35. EST-CE QUE LA MERE DE (NOM) A DEJA FAIT UN TEST DE DEPISTAGE DU VIH/SIDA ?	Oui 1 Non 2 NSP 8 Refus 9	2⇒DR1 8⇒DR1 9⇒DR1
CF35A. EST-CE QUE LES RESULTATS DE CE OU CES TESTS ETAIENT POSITIFS ?	Oui 1 Non 2 NSP 8 Refus 9	2⇒DR1 8⇒DR1 9⇒DR1
CF36. EST-CE QU'UN PERSONNEL DE SANTE A DEJA DIT A LA MERE DE (NOM) QU'ELLE AVAIT LE VIH/SIDA ?	Oui 1 Non 2 NSP 8 Refus 9	

ENREGISTREMENT DES DECESDR

Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur les formalités administratives qui ont suivi la mort de (NOM) ? Par cela, j'entends certains papiers et permis que les gens cherchent parfois à obtenir quand un de leurs proches est décédé. Rappelez-vous, vous n'êtes pas tenu(e) de répondre aux questions que je vous pose. Si vous le faites cependant, vos réponses seront traitées confidentiellement.

DR0A. EST-CE QU'UN PERMIS D'INHUMER A ETE OBTENU POUR PROCEDER A L'ENTERREMENT DE (NOM) ? C'EST-A-DIRE UN DOCUMENT DONNANT L'AUTORISATION D'ENTERRER (NOM). <i>Montrer un exemple de permis d'inhumer.</i>	Oui1 Non2 NSP8 Refus9	2⇒DR0c 8⇒DR1 9⇒DR1
DR0B. PAR QUI EST-CE QUE LE PERMIS D'INHUMER DE (NOM) A ETE DONNE ?	Médecin/personnel de sante1 Employé de commune/CR.....2 Employé de quartier/district3 Chef traditionnel4 Autre personne6 NSP8 Refus9	1⇒DR1 2⇒DR1 3⇒DR1 4⇒DR1 6⇒DR1 8⇒DR1 9⇒DR1
DR0c. POURQUOI EST-CE QU'UN PERMIS D'INHUMER N'A PAS ETE OBTENU POUR (NOM) ?	Trop cherA Trop loinB Processus trop compliquéC Ne sait pas comment faireD Trop occupe.....E N'a pas les documents requisF Pas responsable de (Nom).....G Permis en cours d'obtentionH Pas besoin de permisI Pas important pour un enfantJ Autre (à préciser)X NSPZ Refus?	
DR1. EST-CE QU'UN CERTIFICAT DE DECES A ETE ETABLI POUR (NOM) ? <i>Montrer un exemple de certificat de décès.</i>	Oui1 Non2 NSP8 Refus9	1⇒DR4 8⇒DR14 9⇒DR14
DR2. POURQUOI EST-CE QU'UN CERTIFICAT DE DECES N'A PAS ETE ETABLI POUR (NOM) ?	Trop cherA Trop loinB Processus trop compliquéC Ne sait pas comment faireD Trop occupe.....E N'a pas les documents requisF Pas responsable de (Nom).....G Certificat en cours d'obtentionH Pas besoin de certificatI Pas important pour un enfantJ Autre (à préciser)X NSPZ Refus?	A⇒DR14 B⇒DR14 C⇒DR14 D⇒DR14 E⇒DR14 F⇒DR14 G⇒DR14 H⇒DR14 I⇒DR14 J⇒DR14 X⇒DR14 Z⇒DR14 ?⇒DR14

