



SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT INFORMÉ

**CONSENTEMENT INFORMÉ**

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_ et je travaille pour la Direction Générale de la Statistique et de la Prospective. Nous effectuons une enquête nationale sur la santé aux Comores. Les informations que nous collectons aideront votre gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement entre 30 et 60 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligée de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez d'y participer car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

Si vous souhaitez plus d'informations sur l'enquête, vous pouvez contacter la personne dont le nom figure sur la carte qui a déjà été donnée à votre ménage.

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

SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE : \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

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

↓

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
101	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98 ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE ..... 9998	
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 102 ET/OU 103 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	Êtes-vous allée à l'école ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→108
105	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE ..... 2 SUPÉRIEUR ..... 3	
106	Quel est (l'année/classe) la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ? SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	CLASSE/ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
107	VÉRIFIEZ 105: PRIMAIRE <input type="checkbox"/> SECONDAIRE OU SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/>		→110

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
108	Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase.  MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉE.  SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ: Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT ..... 1 PEUT SEULEMENT LIRE DES PARTIES DE LA PHRASE ..... 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE ..... 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DE L'ENQUÊTÉE ..... 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE ..... 5	
109	VÉRIFIEZ 108:  CODE '2', '3' <input type="checkbox"/> CODE '1' OU '5' OU '4' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>		→ 111
110	Lisez-vous un journal ou un magazine au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
111	Écoutez-vous la radio au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
112	Regardez-vous la télévision au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
113	Quelle est votre religion?	MUSULMANE ..... 1 CATHOLIQUE/PROTESTANTE..... 2 AUTRE ..... 6 (A PRÉCISER)	
115	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous dormi ailleurs que chez vous pour une ou plusieurs nuits ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE ..... 00	→ 201
116	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été absent de chez vous pendant plus d'un mois d'affilée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

SECTION 2. REPRODUCTION

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

211 Je voudrais maintenant faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la 1 <sup>re</sup> . INSCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. INSCRIVEZ LES JUMEAUX/TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES. (S'IL Y A PLUS DE 12 NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE, EN COMMENÇANT À LA SECONDE LIGNE).									
212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier enfant/ enfant suivant) ?  INSCRIVEZ LE NOM.  N° DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	(NOM) est-il un garçon ou une fille ?	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?	En quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né ?  INSISTEZ : Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?  INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. (INSCRIVEZ 00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE).	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé ?  SI '1 AN', INSISTEZ : Combien de mois avait (NOM) ? INSCRIVEZ EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANNÉES.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?
01	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	
02	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .... 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON .... 2 NAISS. ↓ SUIVANTE
03	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .... 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON .... 2 NAISS. ↓ SUIVANTE
04	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .... 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON .... 2 NAISS. ↓ SUIVANTE
05	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .... 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON .... 2 NAISS. ↓ SUIVANTE
06	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .... 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON .... 2 NAISS. ↓ SUIVANTE
07	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .... 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON .... 2 NAISS. ↓ SUIVANTE

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
225	<p><b>C</b> POUR CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2007, INSCRIVEZ 'N' AU MOIS DE NAISSANCE DU CALENDRIER. INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT À GAUCHE DU CODE 'N'. POUR CHAQUE NAISSANCE, DEMANDEZ LE NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ ET INSCRIVEZ 'G' À CHACUN DES MOIS PRÉCÉDENTS SELON LA DURÉE DE LA GROSSESSE. (NOTE : LE NOMBRE DE 'G' DOIT ÊTRE INFÉRIEUR DE 1 AU NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ).</p>		
226	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛRE ..... 8	→ 230
227	Depuis combien de mois êtes-vous enceinte ?  ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.  <b>C</b> INSCRIVEZ 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Quand vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 230
229	Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas/plus d'enfant ?	PLUS TARD ..... 1 NE PAS/NE PLUS AVOIR D'ENFANT .. 2	
230	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 238
231	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
232	VÉRIFIEZ 231 :  DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN <input type="text"/> JAN. 2007 OU PLUS TARD DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE AVANT <input type="text"/> JAN. 2007		→ 238
233	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ?  <b>C</b> INSCRIVEZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIVEZ 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
234	Depuis janvier 2007, avez-vous eu d'autres grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 236
235	DEMANDEZ LA DATE ET LA DURÉE DE LA GROSSESSE POUR CHAQUE GROSSESSE PRÉCÉDENTE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE, EN REMONTANT JUSQU'À JANVIER 2007.  <b>C</b> INSCRIVEZ 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ CHAQUE GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.		
236	Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant 2007 et qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 238
237	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2007 ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A								
238	Quand vos dernières règles ont-elles commencé ?  <u>(INSCRIVEZ LA DATE SI ELLE EST DONNÉE)</u>	IL Y A ..... JOURS ..... 1 IL Y A ..... SEMAINES ... 2 IL Y A ..... MOIS ..... 3 IL Y A ..... ANNÉES ... 4  EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE ... 994  AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995  JAMAIS EU DE RÈGLES ..... 996	<div style="display: flex; align-items: center;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center; width: 40px; height: 40px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </div>								
239	Entre la période des règles et les règles suivantes, est-ce qu'il y a une période où les femmes ont plus de chances de tomber enceintes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;">1</div> <span style="font-size: 24px;">→</span> 301         </div>								
240	Est-ce que cette période se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles soient terminées ou bien au milieu de deux périodes de règles ?	JUSTE AVANT QUE LES RÉGLES COMMENCENT ..... 1 PENDANT LES RÉGLES ..... 2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÉGLES ..... 3 AU MILIEU, ENTRE DEUX PÉRIODES ..... 4  AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8									

## SECTION 3. CONTRACEPTION

301	Je voudrais maintenant que nous parlions de planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. De quelles MÉTHODES avez-vous déjà entendu parler ?		
01	<b>Stérilisation féminine.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
02	<b>Stérilisation masculine.</b> INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
03	<b>DIU.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin ou une infirmière leur place dans l'utérus.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
04	<b>Injectables.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé qui les empêche de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
05	<b>Implants.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent se faire insérer par un médecin ou une infirmière un batonnet ou plus sous la peau du haut du bras pour les empêcher de tomber enceinte, pendant une année ou plus.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
06	<b>Pilule.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
07	<b>Condom.</b> INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
08	<b>Condom féminin.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
09	<b>Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA).</b> Jusqu'à 6 mois après une naissance, et quand ses règles ne sont pas encore revenues, une femme peut utiliser une méthode qui consiste à allaiter son bébé chaque fois qu'il le demande, de jour comme la nuit, sans jamais lui donner aucun autre aliment.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
10	<b>Méthode du rythme.</b> INSISTEZ : Pour éviter une grossesse, les femmes n'ont pas de rapports sexuels les jours du mois où elles pensent qu'elles ne peuvent pas tomber enceintes.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
11	<b>Retrait.</b> INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
12	<b>Pilule du lendemain.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre pendant trois jours après des rapports sexuels non protégés des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes. <b>(3)</b>	OUI ..... 1 NON ..... 2	
13	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes qu'une femme ou un homme peut utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI ..... 1  _____ (PRÉCISEZ)  _____ (PRÉCISEZ)  NON ..... 2	
302	VÉRIFIEZ 226 :  PAS ENCEINTE      ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		→ 311
303	Faites-vous actuellement quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 311

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
304	<p>Quelle méthode utilisez-vous ?</p> <p>ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> <p>SI PLUS D'UNE MÉTHODE EST MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTION DE PASSAGE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE ..... A</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE ..... B</p> <p>DIU ..... C</p> <p>INJECTABLES ..... D</p> <p>IMPLANTS ..... E</p> <p>PILULE ..... F</p> <p>CONDOM ..... G</p> <p>CONDOM FÉMININ ..... H</p> <p>DIAPHRAGME ..... I</p> <p>MOUSSE/GELÉE ..... J</p> <p>MAMA ..... K</p> <p>MÉTHODE DU RYTHME ..... L</p> <p>RETRAIT ..... M</p> <p>AUTRE MÉTHODE MODERNE ... X</p> <p>AUTRE MÉTHODE TRADITION. ... Y</p>	<p>→ 307</p> <p>→ 308A</p> <p>→ 306</p> <p>→ 308A</p>
305	<p>Quelle est la marque de pilule que vous utilisez actuellement ?</p> <p>SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.</p>	<p>ADEPAL ..... 01</p> <p>LEVONOGESTROL ..... 02</p> <p>LO FEMENAL ..... 03</p> <p>MICROGINON ..... 04</p> <p>MICRONOR MI ..... 05</p> <p>MINIDRIL ..... 06</p> <p>STEDIRIRIL ..... 07</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p>→ 308A</p>
306	<p>Quelle est la marque de condom que vous utilisez actuellement ?</p> <p>SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.</p>	<p>DUREX ..... 01</p> <p>MARIX ..... 02</p> <p>PROTECTOR ..... 03</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p>→ 308A</p>
307	<p>Dans quel établissement a été effectuée la stérilisation ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINEZ SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ... 11</p> <p>CENTRE MEDICO CHURURGICA ... 12</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 16 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ ..... 23</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A								
308	En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?										
308A	Depuis quel mois et quelle année utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?  INSISTEZ : Depuis combien de temps utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?	MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> ANNÉE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
309	VÉRIFIEZ 308/308A, 215 ET 231 :  AUCUNE NAISSANCE OU GROSSESSE TERMINÉE APRÈS MOIS ET ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 308/308A      OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> RETOURNEZ À 308/308A, INSISTEZ ET INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE (QUI DOIT ÊTRE APRÈS LA DERNIÈRE NAISSANCE OU LA FIN DE LA DERNIÈRE GROSSESSE).										
310	VÉRIFIEZ 308/308A :  L'ANNÉE EST 2007 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> L'ANNÉE EST 2006 OU AVANT <input type="checkbox"/>  <b>C</b> INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE DE LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION. <b>C</b> INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE DE LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À JANVIER 2007.  PUIS PASSER À <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px;"></span> 322										
311	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les périodes où, durant ces dernières années, vous ou votre partenaire, avez utilisé une méthode pour éviter une grossesse.  UTILISEZ LE CALENDRIER POUR VOUS ASSUREZ DES PÉRIODES D'UTILISATION ET DE NON UTILISATION, EN COMMENÇANT PAR L'UTILISATION LA PLUS RÉCENTE, EN REMONTANT À JANVIER 2007. UTILISEZ LE NOM DES ENFANTS, LES DATES D'ANNIVERSAIRE ET LES PÉRIODES DE GROSSESSE COMME POINT DE RÉFÉRENCE.  <b>C</b> À LA COLONNE 1, INSCRIVEZ LE CODE D'UTILISATION DE LA MÉTHODE OU '0' POUR NON UTILISATION À CHAQUE MOIS EN BLANC. QUESTIONS ILLUSTRATIVES : <ul style="list-style-type: none"> <li>* Quand avez-vous utilisé une méthode pour la dernière fois? Quelle était cette méthode ?</li> <li>* Quand avez-vous commencé à utiliser cette méthode? Combien de temps après la naissance de (NOM) ?</li> <li>* Pendant combien de temps avez-vous ensuite utilisé cette méthode ?</li> </ul> À LA COLONNE 2, INSCRIVEZ LES CODES DE DISCONTINUATION À CÔTÉ DU DERNIER MOIS D'UTILISATION. LES NUMÉROS DE CODES À LA COLONNE 2 DOIVENT ÊTRE LES MÊMES QUE CEUX UTILISÉS POUR L'INTERRUPTION DE LA MÉTHODE À LA COLONNE 1.  DEMANDEZ POURQUOI ELLE A ARRÊTÉ D'UTILISER LA MÉTHODE. SI L'INTERRUPTION A ÉTÉ SUIVIE D'UNE GROSSESSE, DEMANDEZ SI ELLE EST TOMBÉE ENCEINTE SANS LE VOULOIR ALORS QU'ELLE UTILISAIT LA MÉTHODE OU SI ELLE A DÉLIBÉRÉMENT ARRÊTÉ POUR ÊTRE ENCEINTE. QUESTIONS ILLUSTRATIVES : <ul style="list-style-type: none"> <li>* Pourquoi avez-vous arrêté d'utiliser la (MÉTHODE) ? Êtes-vous tombée enceinte pendant que vous utilisiez la (MÉTHODE), avez-vous interrompu pour être enceinte, ou avez-vous arrêté pour d'autres raisons ?</li> <li>* SI ELLE A DÉLIBÉRÉMENT ARRÊTÉ POUR ÊTRE ENCEINTE, DEMANDEZ : Combien de mois cela a-t-il pris pour que soyez enceinte après avoir arrêté d'utiliser (MÉTHODE) ? ET INSCRIVEZ '0' À CHACUN DE CES MOIS À LA COLONNE 1.</li> </ul>										

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
312	VÉRIFIEZ LE CALENDRIER POUR L'UTILISATION D'UNE MÉTHODE À N'IMPORTE QUEL MOIS.  AUCUNE MÉTHODE UTILISÉE <input type="checkbox"/> UNE MÉTHODE UTILISÉE <input type="checkbox"/>		→ 314A
313	Avez-vous déjà utilisé quelque chose ou essayé de n'importe quelle manière de retarder ou d'éviter une grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 324
314A	VÉRIFIEZ 304 : Q.304 POSÉE <input type="checkbox"/> Q. 304 PAS POSÉE <input type="checkbox"/>		→ 324
314	VÉRIFIEZ 304 :  ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE :  SI PLUS D'UN CODE EST ENCERCLE À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.	AUCUN CODE ENCERCLE ..... 00 STÉRILISATION FÉMININE ..... 01 STÉRILISATION MASCULINE ..... 02 DIU ..... 03 INJECTABLES ..... 04 IMPLANTS ..... 05 PILULE ..... 06 CONDOM ..... 07 CONDOM FÉMININ ..... 08 DIAPHRAGME ..... 09 MOUSSE/GELÉE ..... 10 MAMA ..... 11 MÉTHODE DU RYTHME ..... 12 RETRAIT ..... 13 AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... 95 AUTRE MÉTHODE TRADITION. .... 96	→ 324 → 317A → 326  → 315A → 326
315	Vous avez commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) en (DATE de Q.308/308A). Où l'avez-vous obtenue à ce moment-là ?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT ..... 01 CENTRE DE SANTÉ GOUVT ..... 02 CENTRE MEDICO CHIRURGICAL ... 03 CENTRE MEDICAL URBAIN ..... 04 AGENT DE SANTÉ ..... 05 CENTRE SANTE COMMUNAUTAIRI. 06 POSTE DE SANTÉ ..... 07 ASCOBEF ..... 08	
315A	Où avez-vous appris comment utiliser la méthode du rythme/MAMA ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	PHARMACIE NATIONALE AUTONOME ..... 09 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 16  (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 PHARMACIE PRIVÉE ..... 22 MÉDECIN PRIVÉ ..... 23 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 26 (PRÉCISEZ) AUTRE ENDROIT BOUTIQUE/MARCHÉ ..... 31 AMIS/PARENTS . . . . . 32  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
316	VÉRIFIEZ 304 :  ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE :  S'IL Y A PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.	DIU ..... 03 INJECTABLES ..... 04 IMPLANTS ..... 05 PILULE ..... 06 CONDOM ..... 07 CONDOM FÉMININ ..... 08 DIAPHRAGME ..... 09 MOUSSE/GELÉE ..... 10 MAMA ..... 11 MÉTHODE DU RYTHME ..... 12	→323 →320 →326 →326
317	À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes que vous pourriez avoir en utilisant cette méthode ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 319
317A	Quand vous avez été stérilisée, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes que vous pourriez avoir à cause de la méthode ?		
318	Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a parlé des effets secondaires ou des problèmes que vous pourriez avoir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 320
319	Vous a-t-on dit ce qu'il fallait faire si vous aviez ces effets secondaires ou ces problèmes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
320	VÉRIFIEZ 317 :  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>CODE '1' ENCERCLÉ</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>CODE '1' NON ENCERCLÉ</p>  </div> </div> <p>À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pourriez utiliser ?</p> <p>Quand vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE DE 314) de (ENDROIT DE 307 OU 315), vous a-t-on parlé d'autres méthodes de PF que vous pouviez utiliser ?</p>	OUI ..... 1 NON ..... 2	→322
321	Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a déjà parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
322	VÉRIFIEZ 304 :  ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE :  S'IL Y A PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE ..... 01 STÉRILISATION MASCULINE ..... 02 DIU ..... 03 INJECTABLES ..... 04 IMPLANTS ..... 05 PILULE ..... 06 CONDOM ..... 07 CONDOM FÉMININ ..... 08 DIAPHRAGME ..... 09 MOUSSE/GELÉE ..... 10 MAMA ..... 11 MÉTHODE DU RYTHME ..... 12 RETRAIT ..... 13 AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... 95 AUTRE MÉTHODE TRADITION. .... 96	→326 → 326

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
323	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT . . . . . 01</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT . . . . . 02</p> <p>CENTRE MEDICO CHIRURGICAL . . . . . 03</p> <p>CENTRE MEDICAL URBAIN . . . . . 04</p> <p>AGENT DE SANTÉ . . . . . 05</p> <p>CENTRE SANTE COMMUNAUTAIRI. . . . . 06</p> <p>POSTE DE SANTÉ . . . . . 07</p> <p>ASCOBEF . . . . . 08</p> <p>PHARMACIE NATIONALE</p> <p>AUTONOME . . . . . 09</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRIVÉ . . . . . 21</p> <p>PHARMACIE PRIVÉE . . . . . 22</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ . . . . . 23</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHÉ . . . . . 31</p> <p>AMIS/PARENTS . . . . . 32</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>→326</p>
324	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?</p>	<p>OUI . . . . . 1</p> <p>NON . . . . . 2</p>	<p>→326</p>
325	<p>Où est cet endroit ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT . . . . . A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT . . . . . B</p> <p>CENTRE MEDICO CHIRURGICAL . . . . . C</p> <p>CENTRE MEDICAL URBAIN . . . . . D</p> <p>AGENT DE SANTÉ . . . . . E</p> <p>CENTRE SANTE COMMUNAUTAIRI. . . . . F</p> <p>POSTE DE SANTÉ . . . . . G</p> <p>ASCOBEF . . . . . H</p> <p>PHARMACIE NATIONALE</p> <p>AUTONOME . . . . . I</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ J</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRIVÉ . . . . . K</p> <p>PHARMACIE PRIVÉE . . . . . L</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ . . . . . M</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ N</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHÉ . . . . . O</p> <p>AMIS/PARENTS . . . . . P</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	

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

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

401	VÉRIFIEZ 224 : UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2007 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE EN 2007 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>	→556	
402	VÉRIFIEZ 215 : INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE EN 2007 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES, EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ LES 2 DERNIÈRES COLONNES DE QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES). Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).			
403	NUMÉRO DE LIGNE DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO HISTORIQUE NAIS. <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAIS. NUMÉRO HISTORIQUE NAIS. <input type="text"/>	AVANT-AVANT DER. NAIS. NUMÉRO HISTORIQUE NAIS. <input type="text"/>
404	À PARTIR DES QUESTIONS 212 ET 216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> DÉ	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> DÉ	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> DÉ
405	Quand vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI ..... 1 (PASSEZ À 408) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSEZ À 430) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSEZ À 430) ← NON ..... 2
406	Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas (ou plus) d'enfant ?	PLUS TARD ..... 1 PLUS D'ENFANT ..... 2 (PASSEZ À 408) ←	PLUS TARD ..... 1 PLUS D'ENFANT ..... 2 (PASSEZ À 430) ←	PLUS TARD ..... 1 PLUS D'ENFANT ..... 2 (PASSEZ À 430) ←
407	Combien de temps de plus vouliez- vous attendre ?	MOIS ... 1 <input type="text"/> ANNÉES .. 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998	MOIS ... 1 <input type="text"/> ANNÉES .. 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998	MOIS ... 1 <input type="text"/> ANNÉES .. 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998
408	Avez-vous consulté quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 415) ←		
409	Qui avez-vous consulté ?  Quelqu'un d'autre ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... A INFIRMIÈRE ..... B SAGE-FEMME ... C AUTRE PERSONEL MATRONE ... D ACCOUCHEUSE TRADITION ... E AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____								
410	<p>Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette naissance ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>MAISON VOTRE MAISON . A AUTRE MAISON . B</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔP. GOUV. . . . C C SANTÉ GOUV. . . D C MEDICO CHIR. . . E C MEDIC. URB . . . F C SANTE COMM. . . G POSTE SANTÉ . . . H ASCOBEF . . . . . I AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ J (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉD. PRIVÉ CLINIQUE PRN . . . K AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ L (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>										
411	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez eu votre première consultation prénatale pour cette grossesse ?	MOIS . . . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS . . . . . 98										
412	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu de consultation prénatale ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS . . . . . 98										
413	Est-ce qu'au cours des visites prénatales durant cette grossesse, les examens suivants ont été effectués au moins une fois :  Vous a-t-on pris la tension ? Vous a-t-on prélevé de l'urine ? Vous a-t-on prélevé du sang ?	OUI NON  TENSION . . . 1 2 URINE . . . . . 1 2 SANG . . . 1 2										
414	Au cours de l'une de ces visites prénatales, vous a-t-on parlé de choses qui peuvent être le signe de problèmes de la grossesse ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS . . . . . 8										
415	Durant cette grossesse, vous a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance ? (3)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSEZ À 418) ← NE SAIT PAS . . . . . 8										

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
416	Durant cette grossesse, combien de fois vous a-t-on fait une injection contre le tétanos ?	FOIS ..... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS ..... 8		
417	VÉRIFIEZ 416 :	2 FOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 421)		
418	À n'importe quel moment avant cette grossesse, vous a-t-on fait des injections contre le tétanos ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 421) ← NE SAIT PAS ... 8		
419	Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu des injections contre le tétanos ?  SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	FOIS ..... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS ..... 8		
420	Avant cette grossesse, il y a combien d'années que vous avez reçu la dernière injection contre le tétanos ?	IL Y A ANNÉES ... <input type="text"/>		
421	Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ? MONTREZ COMP./SIROP.	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 423) ← NE SAIT PAS ..... 8		
422	Pendant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris des comprimés ou du sirop ?  SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998		
423	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
424	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 430) ← NE SAIT PAS ..... 8		
425	Quels médicaments avez-vous pris ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS DÉTERMINÉ, MONTREZ DES ANTIPALUDÉENS COURANTS À L'ENQUÊTÉE.	SP/FANSIDAR ... A CHLOROQUINE ... B  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
426	VÉRIFIEZ 425 :  SP/FANSIDAR PRIS À TITRE PRÉVENTIF CONTRE LE PALUDISME.	CODE 'A'      CODE ENCERCLÉ    A' NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EN CERCLÉ ↓ (PASSEZ À 430) ←		
427	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la (SP/Fansidar) ?	FOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>		
428	VÉRIFIEZ 409 :  SOINS PRÉNATALS PAR DU PERSONNEL DE SANTÉ DURANT CETTE GROSSESSE.	CODE 'A',      AUTRE 'B' OU 'C' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓ (PASSEZ À 430) ←		
429	Vous a-t-on donné la (SP/Fansidar) durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé ou l'avez-vous obtenue d'une autre source ?	VISITE PRÉNATALE    1 AUTRE VISITE MÉDICALE ..... 2 AUTRE ENDROIT      6		
430	Quand (NOM) est né, était-il/elle très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne ou très petit ?	TRÈS GROS ..... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN ..... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8	TRÈS GROS ..... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN ..... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8	TRÈS GROS ..... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN ..... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8
431	(NOM) a t-il /elle été pesé à la naissance ?	OUI ..... 1  NON ..... 2 (PASSEZ À 433) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1  NON ..... 2 (PASSEZ À 433) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1  NON ..... 2 (PASSEZ À 433) ← NE SAIT PAS ..... 8
432	Combien (NOM) pesait-il/elle ?  INSCRIVEZ LE POIDS EN KILOGRAMMES À PARTIR DU CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS      99998	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS      99998	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS      99998

433	<p>Qui vous a assisté durant l'accouchement de (NOM) ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>INSISTEZ POUR LES TYPES DE PERSONNES ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE PERSONNE NE L'A ASSISTÉE, INSISTEZ POUR DÉTERMINER SI DES ADULTES ÉTAIENT PRÉSENTS À L'ACCOUCHEMENT.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN ..... A</p> <p>INFIRMIÈRE ..... B</p> <p>SAGE-FEMME ... C</p> <p>AUTRE PERSONNE</p> <p>MATRONE ... D</p> <p>ACCOUCHEUSE</p> <p>TRADITION... E</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>PERSONNE ..... Y</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN ..... A</p> <p>INFIRMIÈRE ..... B</p> <p>SAGE-FEMME ... C</p> <p>AUTRE PERSONNE</p> <p>MATRONE ... D</p> <p>ACCOUCHEUSE</p> <p>TRADITION... E</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>PERSONNE ..... Y</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN ..... A</p> <p>INFIRMIÈRE ..... B</p> <p>SAGE-FEMME ... C</p> <p>AUTRE PERSONNE</p> <p>MATRONE ... D</p> <p>ACCOUCHEUSE</p> <p>TRADITION... E</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>PERSONNE ..... Y</p>						
434	<p>Où avez-vous accouché de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ,</p> <p>INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>MAISON</p> <p>VOTRE MAISON 11 (PASSEZ À 438) ←</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔP. GOUV. ... 21</p> <p>C SANTÉ GOUV. . 22</p> <p>C MEDICO CHIR. . 23</p> <p>C MEDIC. URB ... 24</p> <p>C SANTE COMM. . 25</p> <p>POSTE SANTÉ. . 26</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 27 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRIV... 31</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>_____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p> <p>(PASSEZ À 438) ←</p>	<p>MAISON</p> <p>VOTRE MAISON 11 (PASSEZ À 448) ←</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔP. GOUV. ... 21</p> <p>C SANTÉ GOUV. . 22</p> <p>C MEDICO CHIR. . 23</p> <p>C MEDIC. URB ... 24</p> <p>C SANTE COMM. . 25</p> <p>POSTE SANTÉ. . 26</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 27 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRIV... 31</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>_____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p> <p>(PASSEZ À 448) ←</p>	<p>MAISON</p> <p>VOTRE MAISON 11 (PASSEZ À 448) ←</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔP. GOUV. ... 21</p> <p>C SANTÉ GOUV. . 22</p> <p>C MEDICO CHIR. . 23</p> <p>C MEDIC. URB ... 24</p> <p>C SANTE COMM. . 25</p> <p>POSTE SANTÉ. . 26</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 27 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRIV... 31</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>_____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p> <p>(PASSEZ À 448) ←</p>						
434A	<p>Combien de temps après l'accouchement de (NOM) êtes-vous restée là ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES.</p> <p>SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>SEMAINES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS ... 998</p>								
435	<p>Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne, c'est-à-dire que l'on vous a ouvert le ventre pour faire sortir le bébé ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>						

436	Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu'un a contrôlé votre état de santé pendant que vous étiez dans l'établissement ?	OUI ..... 1 (PASSEZ À 439) ← NON ..... 2						
437	Est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé après que vous ayez quitté l'établissement ?	OUI ..... 1 (PASSEZ À 439) ← NON ..... 2 (PASSEZ À 442) ←						
438	Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu'un a contrôlé votre état de santé après que vous ayez donné naissance à (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 442) ←						
439	Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?  INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... 11 INFIRMIÈRE ..... 12 SAGE-FEMME ... 13 AUTRE PERSONNE MATRONE ... 21 ACCOUCHEUSE TRADITION.... 22  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)						
440	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ?  SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.	HEURES 1 <table border="1" data-bbox="808 1035 898 1077"><tr><td></td><td></td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" data-bbox="808 1087 898 1129"><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAINES 3 <table border="1" data-bbox="808 1140 898 1182"><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ... 998						
442	Dans les deux mois qui ont suivi la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une accoucheuse traditionnelle a examiné son état de santé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 446) ← NE SAIT PAS ..... 8						
443	Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), le premier examen a-t-il eu lieu ?  SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.	HRS APRES NAIS. .. 1 <table border="1" data-bbox="808 1402 898 1444"><tr><td></td><td></td></tr></table> JRS APRÉS NAIS. .. 2 <table border="1" data-bbox="808 1455 898 1497"><tr><td></td><td></td></tr></table> SEM.APRÉS NAIS. .. 3 <table border="1" data-bbox="808 1507 898 1549"><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ... 998						

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____		
444	Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?  INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN . . . . . 11 INFIRMIÈRE . . . . . 12 SAGE-FEMME . . . . . 13 AUTRE PERSONNE MATRONE . . . . . 21 ACCOUCHEUSE TRADITION. . . . . 22  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)				
445	Où ce premier examen de (NOM) a-t-il eu lieu ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCELEZ LE CODE APPROPRIÉ.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)	MAISON VOTRE MAISON . . 11 AUTRE MAISON . . 12  SECTEUR PUBLIC HÔP. GOUV. . . . . 21 C SANTÉ GOUV. . . 22 C MEDICO CHIR. . . 23 C MEDIC. URB . . . 24 C SANTE COMM. . . 25 POSTE SANTÉ. . . . 26 AUTRE PUBLIC _____ 27 (PRÉCISEZ)  SECTEUR MED. PRIVÉ CLINIQUE PRN . . . 31 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)				
446	Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme (celle-ci/l'une de celles-ci) ?  MONTREZ DES MODÈLES COURANTS D'AMPOULES/ GÉLULES/SIROP.	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . 8				
447	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ?	OUI . . . . . 1 (PASSEZ À 449) ← NON . . . . . 2 (PASSEZ À 450) ←				
448	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ?		OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSEZ À 452) ←	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSEZ À 452) ←		
449	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ?	MOIS . . . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS . . . . . 98	MOIS . . . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS . . . . . 98	MOIS . . . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS . . . . . 98		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
450	VÉRIFIEZ 226 : L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ENCEINTE ?	PAS EN-CEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE (PASSEZ À 452)		
451	Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 453) ←		
452	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98
453	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI ..... 1 (PASSEZ À 455) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
454	VÉRIFIEZ 404 : L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 460) (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 501)		
455	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ?  SI MOINS D'UNE HEURE, INSCRIVEZ '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, ENREGISTREZ EN HEURES. SINON, ENREGISTREZ EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT 000  HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>		
456	Dans les trois premiers jours après la naissance est-ce que (NOM) a reçu autre chose à boire que le lait maternel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 458) ←		
457	Qu'a t-on donné a boire à (NOM) ?  Rien d'autre ?  ENREGISTREZ TOUS LES LIQUIDES MENTIONNÉS.	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL ) A EAU ..... B EAU SUCRÉE OU EAU GLUCOSÉE C INFUSION CALMANTE POUR COLIQUES D SOLUTION D'EAU SALÉE SUCRÉ E JUS DE FRUIT ... F LAIT EN POUVRE POUR BÉBÉ ... G THÉ/INFUSIONS ... H CAFÉ ..... I MIEL ..... J  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
458	VÉRIFIEZ 404 :  L'ENFANT EST-IL EN VIE ?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 405 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAIS. ALLEZ À 501)
459	Allaitiez-vous encore (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2		
460	(NOM) a-t-il bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
461		(RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	(RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	(RETOURNEZ À 405 À L'AVANT-DER. COLONNE DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAIS. ALLEZ À 501)

SECTION 5. VACCINATIONS DES ENFANTS, SANTÉ ET NUTRITION

501	INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2007 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES, EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ LES 2 DERNIÈRES COLONNES DE QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).			
502	N° DE LIGNE DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/>
503	À PARTIR DE 212 ET 216	NOM _____ EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À LA COL.SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	NOM _____ EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À LA COL.SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	NOM _____ EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DER.COL. DU NOUVEAU QUEST. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISS., ALLEZ À 553)
504	Avez-vous un carnet où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?  SI OUI : Puis-je le voir ?	OUI, VU ..... 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU ..... 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET ..... 3	OUI, VU ..... 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU ..... 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET ..... 3	OUI, VU ..... 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU ..... 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET ..... 3
505	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ? (2)	OUI ..... 1 (PASSEZ À 509) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSEZ À 509) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSEZ À 509) ← NON ..... 2
506	(1) COPIEZ LES DATES DU CARNET. (2) INSCRIVEZ '44' À LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET INDIQUE QU'UNE DOSE A ÉTÉ DONNÉE MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE.			
		DERNIÈRE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE
	BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	POLIO 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	POLIO 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	POLIO 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DTCoq 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DTCoq 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DTCoq 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ROUGEOLE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ	BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ	BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ
		AUTRE <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 511)	AUTRE <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 511)	AUTRE <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 511)
507	VÉRIFIEZ 506 :	BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 511)	BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 511)	BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 511)

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
511	Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) une dose de vitamine A comme (celle-ci/l'une de celles-ci) ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS D'AMPOULES/ GÉLULES/SIROP.	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
512	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) des comprimés de fer, des granules avec du fer ou du sirop contenant du fer comme (celui-ci/l'un de ceux-ci) ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS DE COMPRIMÉS, GRANULES OU SIROP.	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
513	Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
514	(NOM) a-t-il eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS ..... 8
515	Y avait-il du sang dans les selles ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
516	Je voudrais maintenant savoir quelle quantité de liquides a été donnée à (NOM) pendant la diarrhée (y compris le lait maternel).  Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?  SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS ..... 4 RIEN À BOIRE ... 5 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS ..... 4 RIEN À BOIRE ... 5 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS ..... 4 RIEN À BOIRE ... 5 NE SAIT PAS ..... 8
517	Quand (NOM) avait la diarrhée, lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger ?  SI MOINS, INSISTEZ: Lui a-t-on donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8
518	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 522) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 522) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 522) ←

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
519	<p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ÉTABLISSEMENT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔP. GOUV. ... A</p> <p>C SANTÉ GOUV. ... B</p> <p>C MEDICO CHIR. ... C</p> <p>C MEDIC. URB ... D</p> <p>C SANTE COMM. ... E</p> <p>POSTE SANTÉ. ... F</p> <p>ASCOBEF ..... G</p> <p>PHARMACIE</p> <p>NAT. AUTON. ... H</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ I</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉD. PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRI... J</p> <p>PHARMACIE ... K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ L</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>_____ M</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQ./MARCH. N</p> <p>PRATICIEN</p> <p>TRADITIONNEL O</p> <p>AMI/FAMILLE ... P</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔP. GOUV. ... A</p> <p>C SANTÉ GOUV. ... B</p> <p>C MEDICO CHIR. ... C</p> <p>C MEDIC. URB ... D</p> <p>C SANTE COMM. ... E</p> <p>POSTE SANTÉ. ... F</p> <p>ASCOBEF ..... G</p> <p>PHARMACIE</p> <p>NAT. AUTON. ... H</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ I</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SI SECTEUR MÉD. PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRI... J</p> <p>PHARMACIE ... K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ L</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>_____ M</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQ./MARCH. N</p> <p>PRATICIEN</p> <p>TRADITIONNEL O</p> <p>AMI/FAMILLE ... P</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔP. GOUV. ... A</p> <p>C SANTÉ GOUV. ... B</p> <p>C MEDICO CHIR. ... C</p> <p>C MEDIC. URB ... D</p> <p>C SANTE COMM. ... E</p> <p>POSTE SANTÉ. ... F</p> <p>ASCOBEF ..... G</p> <p>PHARMACIE</p> <p>NAT. AUTON. ... H</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ I</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉD. PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRI... J</p> <p>PHARMACIE ... K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ L</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>_____ M</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQ./MARCH. N</p> <p>PRATICIEN</p> <p>TRADITIONNEL O</p> <p>AMI/FAMILLE ... P</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>
520	VÉRIFIEZ 519 :	<p>2 CODES UN SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE</p> <p>PLUS ENCR-</p> <p>ENCERCLÉS CLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSEZ À 522)</p>	<p>2 CODES UN SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE</p> <p>PLUS ENCR-</p> <p>ENCERCLÉS CLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSEZ À 522)</p>	<p>2 CODES UN SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE</p> <p>PLUS ENCR-</p> <p>ENCERCLÉS CLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSEZ À 522)</p>
521	<p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 519.</p>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>
522	<p>Lui avez-vous donné les choses suivantes à boire à n'importe quel moment dès qu'il/elle a commencé à avoir la diarrhée :</p> <p>a) Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé [NOM LOCAL POUR LE SACHET SRO] ?</p> <p>b) Un liquide SRO préconditionné ?</p> <p>c) Un liquide maison recommandé par le gouvernement ?</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SACHET SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON 1 2 8</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SACHET SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON 1 2 8</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SACHET SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON 1 2 8</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
523	A-t-on donné quelque chose (d'autre) pour traiter la diarrhée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS ..... 8
524	Qu'a-t-on donné (d'autre) pour traiter la diarrhée ?  Rien d'autre ?  ENREGISTREZ TOUS LES TRAITEMENTS DONNÉS.	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE A ANTIMOTILITÉ B ZINC ..... C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) ..... D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E  INJECTION ANTIBIOTIQUE F NON ANTIBIOT G INJECTION INCONNUE ... H  (IV) INTRAVEINEUSE I  REMÈDE MAISON/ HERBES MEDI-CINALES ..... J  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE A ANTIMOTILITÉ B ZINC ..... C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) ..... D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E  INJECTION ANTIBIOTIQUE F NON ANTIBIOT G INJECTION INCONNUE ... H  (IV) INTRAVEINEUSE I  REMÈDE MAISON/ HERBES MEDI-CINALES ..... J  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE A ANTIMOTILITÉ B ZINC ..... C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) ..... D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E  INJECTION ANTIBIOTIQUE F NON ANTIBIOT G INJECTION INCONNUE ... H  (IV) INTRAVEINEUSE I  REMÈDE MAISON/ HERBES MEDI-CINALES ..... J  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)
525	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 527) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 527) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 527) ← NE SAIT PAS ..... 8
526	À n'importe quel moment au cours de sa maladie, est-ce qu'on a pris à (NOM) du sang de son doigt ou de son talon ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
527	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la toux à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 530) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 530) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 530) ← NE SAIT PAS ..... 8
528	Quand (NOM) a été malade avec de la toux, est-ce qu'il/elle respirait plus vite que d'habitude, avec un souffle court et rapide ou avait-il/elle des difficultés pour respirer ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 531) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 531) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 531) ← NE SAIT PAS ..... 8
529	Ces difficultés pour respirer étaient-elles dues à un problème de bronche ou à un nez bouché ou qui coulait ?	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL ..... 2 LES DEUX ..... 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8 (PASSEZ À 531) ←	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL ..... 2 LES DEUX ..... 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8 (PASSEZ À 531) ←	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL ..... 2 LES DEUX ..... 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8 (PASSEZ À 531) ←

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
530	VÉRIFIEZ 525 :  A-T-IL EU DE LA FIÈVRE ?	OUI      NON OU NSP  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓      ↓ (RETOURNEZ À 503 À LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	OUI      NON OU NSP  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓      ↓ (RETOURNEZ À 503 À LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	OUI      NON OU NSP  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓      ↓ (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLEZ À 553)
531	Je voudrais savoir maintenant quelle quantité de boisson a été donné à (NOM) (y compris le lait maternel) pendant sa maladie avec (de la fièvre et de la toux).  Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?  SI MOINS, INSISTEZ : Lui en a-t-on donné beaucoup moins que d'habitude, ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS    1 UN PEU MOINS    ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ    ... 3 PLUS    ..... 4 RIEN À BOIRE    ..... 5 NE SAIT PAS    ..... 8	BEAUCOUP MOINS    1 UN PEU MOINS    ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ    ... 3 PLUS    ..... 4 RIEN À BOIRE    ..... 5 NE SAIT PAS    ..... 8	BEAUCOUP MOINS    1 UN PEU MOINS    ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ    ... 3 PLUS    ..... 4 RIEN À BOIRE    ..... 5 NE SAIT PAS    ..... 8
532	Quand (NOM) a eu de la (fièvre/toux), lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou ne lui a-t-on rien donné à manger ?  SI MOINS, INSISTEZ : Lui en a-t-on donné beaucoup moins que d'habitude, ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS    1 UN PEU MOINS    ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ    ..... 3 PLUS    ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE    ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER    ..... 6 NE SAIT PAS    ..... 8	BEAUCOUP MOINS    1 UN PEU MOINS    ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ    ..... 3 PLUS    ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE    ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER    ..... 6 NE SAIT PAS    ..... 8	BEAUCOUP MOINS    1 UN PEU MOINS    ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ    ..... 3 PLUS    ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE    ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER    ..... 6 NE SAIT PAS    ..... 8
533	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ?	OUI    ..... 1 NON    ..... 2 (PASSEZ À 537) ←	OUI    ..... 1 NON    ..... 2 (PASSEZ À 537) ←	OUI    ..... 1 NON    ..... 2 (PASSEZ À 537) ←

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
534	<p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ? (9)</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔP. GOUV. . . . A</p> <p>C SANTÉ GOUV. . . B</p> <p>C MEDICO CHIR. . . C</p> <p>C MEDIC. URB . . . D</p> <p>C SANTE COMM. . . E</p> <p>POSTE SANTÉ. . . F</p> <p>ASCOBEF . . . . G</p> <p>PHARMACIE</p> <p>NAT. AUTON. . . H</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ I</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉD. PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRI... J</p> <p>PHARMACIE . . . K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ L</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>_____ M</p> <p>PRÉCISEZ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQ./MARCH . N</p> <p>PRATICIEN</p> <p>TRADITIONNEL O</p> <p>AMI/FAMILLE . . . P</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔP. GOUV. . . . A</p> <p>C SANTÉ GOUV. . . B</p> <p>C MEDICO CHIR. . . C</p> <p>C MEDIC. URB . . . D</p> <p>C SANTE COMM. . . E</p> <p>POSTE SANTÉ. . . F</p> <p>ASCOBEF . . . . G</p> <p>PHARMACIE</p> <p>NAT. AUTON. . . H</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ I</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉD. PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRI... J</p> <p>PHARMACIE . . . K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ L</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>_____ M</p> <p>PRÉCISEZ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQ./MARCH . N</p> <p>PRATICIEN</p> <p>TRADITIONNEL O</p> <p>AMI/FAMILLE . . . P</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔP. GOUV. . . . A</p> <p>C SANTÉ GOUV. . . B</p> <p>C MEDICO CHIR. . . C</p> <p>C MEDIC. URB . . . D</p> <p>C SANTE COMM. . . E</p> <p>POSTE SANTÉ. . . F</p> <p>ASCOBEF . . . . G</p> <p>PHARMACIE</p> <p>NAT. AUTON. . . H</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ I</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉD. PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRI... J</p> <p>PHARMACIE . . . K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ L</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>_____ M</p> <p>PRÉCISEZ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQ./MARCH . N</p> <p>PRATICIEN</p> <p>TRADITIONNEL O</p> <p>AMI/FAMILLE . . . P</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>
535	VÉRIFIEZ 534 :	<p>2 CODES 1 SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS EN- <input type="checkbox"/></p> <p>ENCER- CERCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>(PASSEZ À 537)</p>	<p>2 CODES 1 SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS EN- <input type="checkbox"/></p> <p>ENCER- CERCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>(PASSEZ À 537)</p>	<p>2 CODES 1 SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS EN- <input type="checkbox"/></p> <p>ENCER- CERCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>(PASSEZ À 537)</p>
536	<p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES DE 534.</p>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>
537	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE ;</p> <p>OU,SI PLUS DE ←</p> <p>NAISSANCE, ALLEZ À 553)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE ;</p> <p>OU,SI PLUS DE ←</p> <p>NAISSANCE, ALLEZ À 553)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ;</p> <p>OU, SI PLUS DE ←</p> <p>NAISSANCE, ALLEZ À 553).</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
538	Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ?  Aucun autre médicament ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ANTIPALUDÉENS SP/FANSIDAR    A CHLOROQUINE    B AMODIAQUINE    C QUININE    ..... D COMBINAISON AVEC ARTÉMISININE    E AUTRE ANTI-PALUDÉEN _____ F (PRÉCISEZ)	ANTIPALUDÉENS SP/FANSIDAR ... A CHLOROQUINE    B AMODIAQUINE    C QUININE    ..... D COMBINAISON AVEC ARTÉMISININE    E AUTRE ANTI-PALUDÉEN _____ F (PRÉCISEZ)	ANTIPALUDÉENS SP/FANSIDAR ... A CHLOROQUINE    B AMODIAQUINE    C QUININE    ..... D COMBINAISON AVEC ARTÉMISININE    E AUTRE ANTI-PALUDÉEN _____ F (PRÉCISEZ)
		ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP    ..... G INJECTION ... H  AUTRE MÉDICAMENT ASPIRINE    ..... I ACETA- MINOPHEN ... J IBUPROFEN ... K  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS    ..... Z	ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP    ..... G INJECTION ... H  AUTRE MÉDICAMENT ASPIRINE    ..... I ACETA- MINOPHEN ... J IBUPROFEN ... K  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS    ..... Z	ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP    ..... G INJECTION ... H  AUTRE MÉDICAMENT ASPIRINE    ..... I ACETA- MINOPHEN ... J IBUPROFEN ... K  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS    ..... Z
539	VÉRIFIEZ 538 : Y A-T-IL UN CODE A-F ENCERCLÉ ?	OUI                  NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 503 À COL. SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553).	OUI                  NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 503 À COL. SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	OUI                  NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU SI PLUS DE NAISSANCE ALLEZ À 553)
540	VÉRIFIEZ 538 : SP/FANSIDAR ('A') DONNÉ	CODE 'A'                  CODE 'A' ENCLERCLÉ                  NON ENCLERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 542)	CODE 'A'                  CODE 'A' ENCLERCLÉ                  NON ENCLERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 542)	CODE 'A'                  CODE 'A' ENCLERCLÉ                  NON ENCLERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 542)
541	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la (SP/Fansidar) ?	JOUR MÊME    ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE    ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE    ..... 3 NE SAIT PAS    ... 8	JOUR MÊME    ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE    ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE    ..... 3 NE SAIT PAS    ... 8	JOUR MÊME    ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE    ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE    ..... 3 NE SAIT PAS    ... 8



N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
549	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre une (COMBINAISON AVEC DE L'ARTÉMISININE) ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
550	VÉRIFIEZ 538 :  AUTRE ANTIPALUDÉEN ('F') DONNÉ	CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>  (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553) ↓	CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>  (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553) ↓	CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>  (RETOURNEZ À 503 À L'AVANT-DER. COL. DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553) ↓
551	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre (AUTRE ANTIPALUDÉEN) ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
552		RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553.	RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553.	ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553.

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
553	<p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES :</p> <p>NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2007 OU PLUS TARD VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/>      AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p>INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE ET CONTINUEZ AVEC 554</p> <p>_____</p> <p>(NOM)</p>		→556
554	<p>La dernière fois que (NOM DE 553) est allé aux toilettes, qu'avez-vous fait des excréments ?</p>	<p>ENFANT A UTILISÉ TOILETTES OU LATRINES ..... 01</p> <p>A JETÉ/RINSÉ DANS TOILETTES OU LATRINES ..... 02</p> <p>A JETÉ/RINSÉ DANS ÉGOUT OU CANIVEAU ..... 03</p> <p>JETÉ AUX ORDURES ..... 04</p> <p>ENTERRÉ ..... 05</p> <p>LAISSÉ À L'AIR ..... 06</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
555	<p>VÉRIFIEZ 522(a) ET 522(b), TOUTES LES COLONNES :</p> <p>AUCUN ENFANT N'A REÇU DE LIQUIDE DE SACHET SRO OU DE LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ <input type="checkbox"/></p> <p>UN ENFANT A REÇU DU LIQUIDE DE SACHET SRO OU DU LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ <input type="checkbox"/></p>		→557
556	<p>Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé [NOM LOCAL DES SACHETS SRO OU DU SRO PRÉCONDITIONNÉ] que vous pouvez obtenir pour le traitement de la diarrhée ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
557	<p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES :</p> <p>NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2010 OU PLUS TARD VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/>      AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p>INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE ET CONTINUEZ AVEC 558</p> <p>_____</p> <p>(NOM)</p>		→601

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À		
558	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les liquides et aliments que (NOM DE 557) a consommés hier pendant le jour ou la nuit. J'aimerais, en particulier, savoir si votre enfant a reçu le liquide ou l'aliment que je vais citer, même s'il était mélangé avec d'autres nourritures.				
	Est-ce que (NOM DE 557) (a bu ou mangé) :		OUI	NON	NSP
	a) De l'eau ?	a)	1	2	8
	b) Des jus ou des boissons à base de jus ?	b)	1	2	8
	c) Du bouillon ?	c)	1	2	8
	d) Du lait tel que du lait en boîte, en poudre ou du lait frais d'animal ?	d)	1	2	8
	SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle bu du lait ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.		NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT	<input type="text"/>	
	e) Du lait en poudre pour bébé ?	e)	1	2	8
	SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle bu du lait en poudre pour bébé ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.		NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT EN POUDRE	<input type="text"/>	
	f) D'autres liquides ?	f)	1	2	8
	g) Du yaourt ?	g)	1	2	8
	SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle mangé du yaourt ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.		NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A MANGÉ DU YAOURT	<input type="text"/>	
	h) Une préparation [NOM D'UNE MARQUE COMMERCIALE D'ALIMENTS ENRICHIS POUR BÉBÉS COMME Cerelac] ? (17)	h)	1	2	8
	i) Du pain, du riz, des pâtes, bouillie d'avoine ou autres préparations à base de céréales ?	i)	1	2	8
	j) Des citrouilles, carottes, courges ou pommes de terre douces qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur ?	j)	1	2	8
	k) Des pommes de terre, ignames blanches, manioc, cassava, ou préparations à base de tubercules ?	k)	1	2	8
	l) Des légumes à feuilles vert foncé ?	l)	1	2	8
	m) Des mangues, papayes mûres ou [INSÉREZ D'AUTRES FRUITS LOCAUX RICHES EN VITAMINE A ET QUI SONT DISPONIBLES] ?	m)	1	2	8
	n) D'autres fruits ou légumes ?	n)	1	2	8
	o) Du foie, rognons, cœur ou autres abats ?	o)	1	2	8
	p) De la viande de bœuf, de porc, d'agneau, de chèvre, du poulet ou du canard ?	p)	1	2	8
	q) Des œufs ?	q)	1	2	8
	r) Du poisson frais ou séché ou des crustacés ?	r)	1	2	8
	s) N'importe quelle préparation à base de haricots, pois, lentilles ou noix ?	s)	1	2	8
	t) Du fromage ou d'autres aliments à base de lait ?	t)	1	2	8
	u) N'importe quelle préparation à base d'aliments solides, semi solides, ou mous ?	u)	1	2	8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
559	<p>VÉRIFIEZ 558 (CATÉGORIES "g" À "u") :</p> <p>AU MOINS UN 'OUI'</p> <p>PAS UN SEUL "OUI" <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p>561</p>
560	<p>Est-ce que hier durant le jour ou la nuit (NOM) a mangé des aliments solides, semi solides ou mous ?</p> <p>SI 'OUI' INSISTEZ : Quel type d'aliments solide, semi solide ou mou (NOM DE 557 ) a-t-il/elle mangé hier durant le jour ou la nuit ?</p>	<p>OUI ..... 1            (RETOURNEZ À 558 POUR ENREGISTRER LES ALIMENTS CONSOMMÉS HIER.)</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>601</p>
561	<p>Combien de fois (NOM DE 557) a-t-il mangé des aliments solides, semi solides ou mous hier durant le jour ou la nuit ?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</p>	<p>NOMBRE DE FOIS ..... <input type="checkbox"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	

## SECTION 6. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À								
614	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Je voudrais vous assurer de nouveau que toutes vos réponses sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante.										
615	<p>Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la <u>dernière</u> fois ?</p> <p>S'IL Y A MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS. S'IL Y A 12 MOIS (UN AN) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.</p>	<p>IL Y A .... JOURS ..... 1</p> <p>IL Y A .... SEMAINES ... 2</p> <p>IL Y A .... MOIS ..... 3</p> <p>IL Y A .... ANNÉES ..... 4</p>	<table border="1" data-bbox="1203 254 1300 474"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table> <p>→ 627</p>								

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
616	Quand avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne pour la dernière fois ?		IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
617	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels (avec cette seconde/troisième personne), un condom a-t-il été utilisé ? (2)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 619) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 619) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 619) ←
618	Un condom a-t-il été utilisé chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
619	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ?  SI PETIT AMI : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariés ? SI OUI, ENCERCLER '2' SI NON, ENCERCLER '3'	MARI ..... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE ... 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 CLIENT/PROSTITUÉE 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 622) ←	MARI ..... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE ... 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 CLIENT/PROSTITUÉE 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 622) ←	MARI ..... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE ... 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 CLIENT/PROSTITUÉE 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 622) ←
620	VÉRIFIEZ 609 :	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE <input type="text"/> FOIS FOIS <input type="text"/> (PASSEZ) ↓ À 622	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE <input type="text"/> FOIS FOIS <input type="text"/> (PASSEZ) ↓ À 622	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE <input type="text"/> FOIS FOIS <input type="text"/> (PASSEZ) ↓ À 622
621	VÉRIFIEZ 613 :	1 <sup>re</sup> FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>er</sup> MARI AUTRE <input type="text"/> ↓ (PASSEZ À 623)	1 <sup>re</sup> FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>er</sup> MARI AUTRE <input type="text"/> ↓ (PASSEZ À 623)	1 <sup>re</sup> FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>er</sup> MARI AUTRE <input type="text"/> ↓ (PASSEZ À 623)
622	Il y a combien de temps que vous avez eu vos premiers rapports sexuels avec cette (seconde/troisième) personne ?	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>
623	Aucours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne ?  SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NBRE EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
624	Quel âge a cette personne ?	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98
625	À part (cette personne/ces deux personnes), avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 (RETOURNEZ À 616 ← À COL.SUIVANTE) NON..... 2 (PASSEZ À 627) ←	OUI ..... 1 (RETOURNEZ À 616 ← À COL.SUIVANTE) NON..... 2 (PASSEZ À 627) ←	

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
627	<p>En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ?</p> <p>SI LA RÉPONSE EST NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE PARTENIAIRES EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</p>	<p>NOMBRE DE PARTENAIRES SUR LA DURÉE DE VIE ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	
628	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES DANS CETTE SECTION	<p>OUI NON</p> <p>ENFANTS &lt;10 ..... 1 2</p> <p>HOMMES ADULTES ..... 1 2</p> <p>FEMMES ADULTES ..... 1 2</p>	
629	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des condoms ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→632
630	<p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT ..... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT ..... B</p> <p>CENTRE MEDICO CHIRURGICAL ... C</p> <p>CENTRE MEDICAL URBAIN ..... D</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... E</p> <p>CENTRE SANTE COMMUNAUTAIRI . F</p> <p>POSTE DE SANTÉ ..... G</p> <p>ASCOBEF ..... H</p> <p>PHARMACIE NATIONALE AUTONOME ..... I</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... J</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRIVÉ ..... K</p> <p>PHARMACIE PRIVÉE ..... L</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... M</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... N</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHÉ ..... O</p> <p>AMIS/PARENTS . . . . . P</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
631	Est-ce que vous pourriez vous procurer des condoms si vous le souhaitiez ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8</p>	
632	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des condoms féminins ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→701

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
633	<p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT..... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT ..... B</p> <p>CENTRE MEDICO CHIRURGICAL... C</p> <p>CENTRE MEDICAL URBAIN..... D</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... E</p> <p>CENTRE SANTE COMMUNAUTAIRI. F</p> <p>POSTE DE SANTÉ ..... G</p> <p>ASCOBEF ..... H</p> <p>PHARMACIE NATIONALE</p> <p>AUTONOME ..... I</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ J</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRIVÉ ..... K</p> <p>PHARMACIE PRIVÉE ..... L</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... M</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ N</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHÉ ..... O</p> <p>AMIS/PARENTS . . . . . P</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
634	<p>Est-ce que vous pourriez vous procurer des condoms féminins si vous le souhaitiez ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8</p>	

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A								
701	VÉRIFIEZ 304 : NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> IL OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→712								
702	VÉRIFIEZ 226 : ENCEINTE <input type="checkbox"/> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/>		→704								
703	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Après l'enfant que vous attendez maintenant, souhaiteriez-vous un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus avoir d'enfants ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT ..... 1 PAS D'AUTRE ..... 2 INDÉCISE/NE SAIT PAS ..... 8	→ 705 } → 711								
704	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/un autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas (plus) avoir d'enfant ?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ... 1 PAS D'AUTRE/AUCUN ..... 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ..... 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS ..... 8	→707 → 712 →710								
705	VÉRIFIEZ 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance (d'un/un autre) enfant ? Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉE ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ..... 994 APRÈS LE MARIAGE ..... 995 AUTRE ..... 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 998									→710 → 712 } → 710
706	VÉRIFIEZ 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→711								
707	VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>		→712								
708	VÉRIFIEZ 705 : PAS POSÉE <input type="checkbox"/> 24 MOIS OU PLUS OU 02 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/> 00-23 MOIS OU 00-01 AN <input type="checkbox"/>		→711								

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
709	<p>VÉRIFIEZ 704 :</p> <p style="text-align: center;"> VEUT <input type="checkbox"/>      NE VEUT PLUS <input type="checkbox"/>  UN/UN AUTRE <input type="checkbox"/>      D'ENFANT/AUCUN <input type="checkbox"/>  ENFANT <input type="checkbox"/> </p> <p>Vous avez dit que dans l'immédiat, vous ne souhaitiez pas (un/un autre) enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>Y a-t-il une autre raison ?</p> <p>Vous avez dit que vous ne vouliez pas (plus) d'enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>Y a-t-il une autre raison ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p>	PAS MARIÉE ..... A  RAISONS RELATIVES À LA FÉCONDITÉ PAS DE RAPPORTS SEXUELS ... B RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS C MÉNOPAUSEL/HYSTÉRECTOMIE D NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE E PAS DE RÉGLES DEPUIS DERNIÈRE NAISSANCE ..... F ALLAITE ..... G FATALISTE ..... H  OPPOSITION À L'UTILISATION ENQUÊTÉE OPPOSÉE ..... I MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ ... J AUTRES OPPOSÉS ..... K INTERDITS RELIGIEUX ..... L  MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE M NE CONNAÎT AUCUNE SOURCE N  RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES EFFETS SECONDAIRES/PROBLÈMES DE SANTÉ ..... O PAS ACCESSIBLE /TROP LOIN ... P TROP CHÈRE ..... Q MÉTHODE PRÉFÉRÉE NON DISPONIBLE ..... R AUCUNE MÉTHODE DISPONIBLE S PAS PRATIQUE À UTILISER ... T INTERFÈRE AVEC LES FONCTIONS NORMALES DU CORPS ..... U  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z	
710	VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? PAS POSÉE <input type="checkbox"/> NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> OUI, UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>		→712
711	Pensez-vous que vous utiliserez, à un certain moment dans le futur, une méthode contraceptive pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
712	VÉRIFIEZ 216 : A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> PAS D'ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et que vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ? Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien en voudriez-vous ? INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.	AUCUN ..... 00 NOMBRE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	→714 →714

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A																				
713	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">GARÇONS</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">FILLES</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">N'IMPORTE</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>NOMBRE</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>AUTRE</td> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: right;">96</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="4" style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</td> </tr> </table>		GARÇONS	FILLES	N'IMPORTE		NOMBRE					AUTRE				96		(PRÉCISEZ)				
	GARÇONS	FILLES	N'IMPORTE																				
NOMBRE																							
AUTRE				96																			
	(PRÉCISEZ)																						
714	Au cours des derniers mois, avez-vous : Entendu parler de la planification familiale à la radio ? Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ? Lu quelque chose sur la planification familiale dans les journaux ou magazines ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">OUI</td> <td style="text-align: right;">NON</td> </tr> <tr> <td>RADIO .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉVISION .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>JOURNAUX OU MAGAZINES ...</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>		OUI	NON	RADIO .....	1	2	TÉLÉVISION .....	1	2	JOURNAUX OU MAGAZINES ...	1	2									
	OUI	NON																					
RADIO .....	1	2																					
TÉLÉVISION .....	1	2																					
JOURNAUX OU MAGAZINES ...	1	2																					
715	QUESTIONS SPÉCIFIQUES AU PAYS SUR LES MESSAGES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE DANS LES MÉDIA																						
716	VÉRIFIEZ 601 :  <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE <input type="checkbox"/>	OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/>	→801																		
OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE <input type="checkbox"/>	OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/>																					
717	VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT OU PAS POSÉE <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT OU PAS POSÉE <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>	N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT OU PAS POSÉE <input type="checkbox"/>	→720																			
UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>	N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT OU PAS POSÉE <input type="checkbox"/>																						
718	Diriez-vous que l'utilisation de la contraception est principalement votre décision, principalement celle de votre (mari/partenaire) ou est-ce une décision commune que vous avez prise ensemble ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE ...</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>DÉCISION COMMUNE .....</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>AUTRE _____</td> <td style="text-align: right;">6</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</td> </tr> </table>	DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE .....	1	DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE ...	2	DÉCISION COMMUNE .....	3	AUTRE _____	6		(PRÉCISEZ)											
DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE .....	1																						
DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE ...	2																						
DÉCISION COMMUNE .....	3																						
AUTRE _____	6																						
	(PRÉCISEZ)																						
719	VÉRIFIEZ 304 :  <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>	LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>	→801																			
NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>	LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>																						
720	Est-ce que votre (mari/partenaire) veut le même nombre d'enfants que vous ou en veut-il plus ou moins que vous ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>MÊME NOMBRE .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>PLUS D'ENFANTS .....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>MOINS D'ENFANTS .....</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>NE SAIT PAS .....</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> </table>	MÊME NOMBRE .....	1	PLUS D'ENFANTS .....	2	MOINS D'ENFANTS .....	3	NE SAIT PAS .....	8													
MÊME NOMBRE .....	1																						
PLUS D'ENFANTS .....	2																						
MOINS D'ENFANTS .....	3																						
NE SAIT PAS .....	8																						

## SECTION 8. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
801	VÉRIFIEZ 601 ET 602 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	→803 →807
802	Quel âge avait votre (mari/partenaire) à son dernier anniversaire ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	
803	Est-ce que votre (dernier) (mari/partenaire) a fréquenté l'école ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→806
804	Quel est le plus haut niveau d'étude qu'il a atteint: primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE ..... 2 SUPÉRIEUR ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	→806
805	Quelle est la (classe/année) la plus élevée qu'il a achevée à ce niveau ? SI MOINS D'1 CLASSE/ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	CLASSE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	
806	VÉRIFIEZ 801 : ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> Quelle est l'occupation de votre(mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail fait-il principalement ? Quelle était l'occupation de votre (dernier) (mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail faisait-il principalement ?	<input type="text"/> <input type="text"/> _____ _____ _____	
807	En dehors de votre travail domestique, avez-vous travaillé au cours des sept derniers jours ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→811
808	Comme vous le savez, certaines femmes font un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou une petite affaire ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille. Au cours des sept derniers jours, avez-vous fait quelque chose de ce genre ou un autre travail ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→811
809	Bien que vous n'avez pas travaillé au cours des sept derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter pour vacances, maladie, maternité ou pour une autre raison ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→811
810	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→815
811	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?	<input type="text"/> <input type="text"/> _____ _____ _____	
812	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte ?	MEMBRE DE LA FAMILLE ..... 1 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 2 A SON COMPTE ..... 3	

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A																								
823	Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE ..... 1 CONJOINTEMENT ..... 2 SEULE ET CONJOINTEMENT ..... 3 N'EN POSSÈDE PAS ..... 4																									
824	Est-ce que vous possédez de la terre, seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE ..... 1 CONJOINTEMENT ..... 2 SEULE ET CONJOINTEMENT ..... 3 N'EN POSSÈDE PAS ..... 4																									
825	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE POINT DE L'INTERVIEW (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PERSONNES PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS OU PAS PRÉSENTES).	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>PRES./ ÉCOUTE</th> <th>PRES./ ÉCOUTE</th> <th>PAS PRES.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS &lt; 10</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>MARI</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		PRES./ ÉCOUTE	PRES./ ÉCOUTE	PAS PRES.	ENFANTS < 10	1	2	3	MARI	1	2	3	AUTRES HOMMES	1	2	3	AUTRES FEMMES	1	2	3					
	PRES./ ÉCOUTE	PRES./ ÉCOUTE	PAS PRES.																								
ENFANTS < 10	1	2	3																								
MARI	1	2	3																								
AUTRES HOMMES	1	2	3																								
AUTRES FEMMES	1	2	3																								
826	<p>Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :</p> <p>Si elle sort sans le lui dire ?</p> <p>Si elle néglige les enfants ?</p> <p>Si elle argumente avec lui ?</p> <p>Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?</p> <p>Si elle brûle la nourriture ?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SORT SANS LUI DIRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>NÉGLIGE ENFANTS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ARGUMENTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>REFUSES RAPP. SEX</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>BRÛLE NOURRITURE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	SORT SANS LUI DIRE	1	2	8	NÉGLIGE ENFANTS	1	2	8	ARGUMENTE	1	2	8	REFUSES RAPP. SEX	1	2	8	BRÛLE NOURRITURE	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																								
SORT SANS LUI DIRE	1	2	8																								
NÉGLIGE ENFANTS	1	2	8																								
ARGUMENTE	1	2	8																								
REFUSES RAPP. SEX	1	2	8																								
BRÛLE NOURRITURE	1	2	8																								

## SECTION 9. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
901	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 937
902	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
903	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par les piqûres de moustiques ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
904	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
905	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne qui a le sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
906	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
907	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
908	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son enfant :		
	Pendant la grossesse ?	OUI NON NSP GROSSESSE. .... 1 2 8	
	Au cours de l'accouchement ?	ACCOUCHEMENT ... 1 2 8	
	Pendant l'allaitement ?	ALLAITEMENT ..... 1 2 8	
909	VÉRIFIEZ 908 : AU MOINS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 911
910	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le virus du sida pour réduire le risque de transmission à son enfant ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
911	VÉRIFIEZ 208 AND 215 : AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> → 926 DERNIÈRE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2010 <input type="checkbox"/> → 926 DERNIÈRE NAISSANCE AVANT JANVIER 2010 <input type="checkbox"/>		
912	VÉRIFIEZ 408 POUR DERNIÈRE NAISSANCE : A EU DES SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> → 920 AUCUN SOIN PRÉNATAL <input type="checkbox"/>		
913	VÉRIFIER S'IL Y A D'AUTRE PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ.		
914	Au cours de l'une de ces visites prénatales pour votre dernière naissance, est-ce que l'on a parlé des sujets suivants ?		
	Des bébés qui contractent le virus du sida de leur mère ?	OUI NON NSP SIDA DE LA MÈRE 1 2 8	
	Des choses qu'on peut faire pour ne pas contracter le sida ?	CHOSSES À FAIRE 1 2 8	
	Effectuer un test du virus du sida ?	TEST 1 2 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
915	Dans le cadre des visites prénatales, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
916	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du virus du sida dans le cadre de vos soins prénatals ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→920
917	Où le test a-t-il été fait ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT..... 01 CENTRE DE SANTÉ GOUVT ..... 02 CENTRE MEDICO CHIRURGICAL ... 03 CENTRE MEDICAL URBAIN ..... 04 CENTRE SANTE COMMUNAUTAIRI . 05 POSTE DE SANTÉ ..... 06 ASCOBEF ..... 07 PROJET SIDA ..... 08 SANTE MILITAIRE ..... 09 CENTRE DE DEPISTAGE ANO- NYME GRATUIT ..... 10 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 16 _____ (PRÉCISEZ)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE/MEDECIN PRIVÉ ..... 21 PHARMACIE PRIVÉE ..... 22 LABORATOIRE PRIVÉ ..... 23 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 26 _____ (PRÉCISEZ)  AUTRE SOURCE MAISON ..... 31 CENTRE DE DÉTENTION ..... 32  AUTRE ..... 96 _____ (PRÉCISEZ)	
918	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→924
919	Toutes les femmes sont censées recevoir des conseils après avoir effectué le test. Après avoir effectué votre test, avez-vous reçu des conseils ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	} →924
920	VÉRIFIEZ 434 POUR DERNIÈRE NAISSANCE : N'IMPORTE QUEL CODE <input type="checkbox"/> 21-36 ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>		→926
921	Entre le moment où vous êtes arrivée pour accoucher et le moment où l'enfant est né, vous a-t-on proposé de faire un test du virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
922	Je ne veux pas connaître les résultats mais vous a-t-on fait un test du virus du sida à ce moment-là ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→926
923	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
924	Avez-vous effectué un test du virus du sida depuis le moment où vous avez fait un test durant votre grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→927

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
925	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A .....MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS ..... 95	→ 932
926	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous déjà fait un test pour savoir si vous avez le virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 930
927	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A .....MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS ..... 95	
928	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
929	Où le test a-t-il été fait ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT ..... 01 CENTRE DE SANTÉ GOUVT ..... 02 CENTRE MEDICO CHIRURGICAL ... 03 CENTRE MEDICAL URBAIN ..... 04 CENTRE SANTE COMMUNAUTAIRI. 05 POSTE DE SANTÉ ..... 06 ASCOBEF ..... 07 PROJET SIDA ..... 08 SANTE MILITAIRE ..... 09 CENTRE DE DEPISTAGE ANO- NYME GRATUIT ..... 10 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 16 (PRÉCISEZ)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE/MEDECIN PRIVÉ ..... 21 PHARMACIE PRIVÉE ..... 22 LABORATOIRE PRIVÉ ..... 23 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 26 (PRÉCISEZ)  AUTRE SOURCE MAISON ..... 31 CENTRE DE DÉTENTION ..... 32  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	→ 932
930	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour faire un test du virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 932

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
931	<p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT..... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUV'T ..... B</p> <p>CENTRE MEDICO CHIRURGICAL... C</p> <p>CENTRE MEDICAL URBAIN..... D</p> <p>CENTRE SANTE COMMUNAUTAIRI. E</p> <p>POSTE DE SANTÉ ..... F</p> <p>ASCOBEF ..... G</p> <p>PROJET SIDA ..... H</p> <p>SANTE MILITAIRE ..... I</p> <p>CENTRE DE DEPISTAGE ANO- NYME GRATUIT ..... J</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ K</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE/MEDECIN PRIVÉ ..... L</p> <p>PHARMACIE PRIVÉE ..... M</p> <p>LABORATOIRE PRIVÉ ..... N</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ O</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
932	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
933	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non ?	<p>OUI, RESTE SECRET ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ..... 8</p>	
934	Si un membre de votre famille tombait malade avec le sida, seriez-vous prête à prendre soin de lui/elle dans votre propre ménage ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ..... 8</p>	
935	Si une enseignante a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade, est-ce que, à votre avis, elle devrait être autorisée à continuer à enseigner à l'école ?	<p>DEVRAIT ÊTRE AUTORISÉE ..... 1</p> <p>NE DEVRAIT PAS ÊTRE AUTORISÉE ..... 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ..... 8</p>	
936	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation de condoms pour éviter de contracter le sida ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ..... 8</p>	
937	<p>VÉRIFIEZ 901 :</p> <p>A ENTENDU <input type="checkbox"/> PARLER DU SIDA</p> <p>Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p> <p>N'A PAS ENTENDU <input type="checkbox"/> PARLER DU SIDA</p> <p>Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
938	<p>VÉRIFIEZ 613 :</p> <p>A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> <p>N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p>		946

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A	
939	VÉRIFIEZ 937 : A ENTENDU PARLER D'AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ?  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		941	
940	J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois. Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
941	Il arrive parfois que les femmes aient des pertes vaginales, anormales et malodorantes. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales anormales et malodorantes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
942	Il arrive parfois que les femmes aient une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
943	VÉRIFIEZ 940, 941, ET 942 : A EU UNE INFECTION (AU MOINS UN 'OUI') <input type="checkbox"/> N'A PAS EU D'INFECTION OU NE SAIT PAS <input type="checkbox"/>		946	
944	La dernière fois que vous avez eu (PROBLEME DÉCLARÉ À 940/941/942), avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	946	
945	Où êtes-vous allée ?  Pas d'autre endroit ?  INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT ..... A CENTRE DE SANTÉ GOUVT ..... B CENTRE MEDICO CHIRURGICAL ... C CENTRE MEDICAL URBAIN ..... D CENTRE SANTE COMMUNAUTAIRI. E POSTE DE SANTÉ ..... F ASCOBEF ..... G PROJET SIDA ..... H SANTE MILITAIRE ..... I CENTRE DE DEPISTAGE ANO- NYME GRATUIT ..... J AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ K (PRÉCISEZ)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE/MEDECIN PRIVÉ ..... L PHARMACIE PRIVÉE ..... M LABORATOIRE PRIVÉ ..... N AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ O (PRÉCISEZ)  AUTRE SOURCE BOUTIQUE/MARCHÉ ..... P  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
946	Si une femme sait que son mari est atteint d'une maladie qu'elle peut contracter au cours de rapports sexuels, pensez-vous qu'il est justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent des condoms quand ils ont des rapports sexuels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
947	Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a des relations sexuelles avec une autre femmes, autres que ses épouses ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
948	VÉRIFIEZ 601 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/> VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/> → 1001		
949	Pouvez-vous refuser d'avoir des rapports sexuels avec votre mari/partenaire quand vous ne souhaitez pas en avoir ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 CELA DÉPEND/PAS SÛRE ..... 8	
950	Pourriez-vous demander à votre mari/partenaire d'utiliser un condom si vous vouliez qu'il en utilise un ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 CELA DÉPEND/PAS SÛRE ..... 8	

## SECTION 10. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A															
1001	Je voudrais maintenant vous poser d'autres questions concernant des problèmes de santé. Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on fait une injection pour une raison quelconque ?  SI OUI : Combien d'injections avez-vous eu ? SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST 90 OU PLUS, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTREZ '90'. SI LA RÉPONSE EST NON-NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/>  AUCUNE ..... 00	→1004															
1002	Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou un autre prestataire de santé ?  SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST 90 OU PLUS, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTREZ '90'. SI LA RÉPONSE EST NON-NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/>  AUCUNE ..... 00	→1004															
1003	La dernière fois que vous avez eu une injection effectuée par un prestataire de santé, est-ce qu'il/elle a pris la seringue et l'aiguille d'un emballage neuf qui n'avait pas été ouvert ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																
1004	Fumez-vous actuellement des cigarettes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→1006															
1005	Au cours des dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumé ?	NOMBRE DE CIGARETTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>																
1006	Actuellement, est-ce que vous fumez ou utilisez un autre type de tabac ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→1008															
1007	Quel (autre) type de tabac fumez-vous ou utilisez-vous ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PIPE ..... A TABAC À MACHER ..... B TABAC À PRISER ..... C  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)																
1008	Il peut arriver que, pour différentes raisons, les femmes aient des difficultés pour obtenir un avis médical ou se faire soigner. Quand vous êtes malade et que vous voulez un avis médical ou un traitement, est-ce que chacune des raisons suivantes constitue, pour vous, un problème important ou non ?  Obtenir la permission d'aller voir un médecin ?  Obtenir l'argent nécessaire pour le conseil ou le traitement ?  La distance pour atteindre l'établissement de santé ?  Ne pas vouloir y aller seule ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>PROBLÈME IMPOR- TANT</th> <th>PAS PRO- BLÈME IMPOR- TANT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PERMISSION D'ALLER</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OBTENIR L'ARGENT ...</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>DISTANCE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Y ALLER SEULE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		PROBLÈME IMPOR- TANT	PAS PRO- BLÈME IMPOR- TANT	PERMISSION D'ALLER	1	2	OBTENIR L'ARGENT ...	1	2	DISTANCE .....	1	2	Y ALLER SEULE .....	1	2	
	PROBLÈME IMPOR- TANT	PAS PRO- BLÈME IMPOR- TANT																
PERMISSION D'ALLER	1	2																
OBTENIR L'ARGENT ...	1	2																
DISTANCE .....	1	2																
Y ALLER SEULE .....	1	2																
1009	Êtes-vous couverte par une assurance médicale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→1101															

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

## SECTION 11. FISTULE

11 mai 2010

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1101	Les femmes peuvent parfois avoir, en permanence, le jour et la nuit, un problème de pertes urinaires ou fécales par le vagin. Ce problème survient généralement à la suite d'un accouchement difficile, mais il peut aussi se produire après une agression sexuelle ou après une opération du pelvis.  Avez-vous déjà eu, en permanence, durant le jour et la nuit, des pertes urinaires ou fécales par le vagin ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1103
1102	Avez-vous déjà entendu parler de ce problème ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1201
1103	Est-ce que ce problème a commencé après un accouchement ou une fausse-couche ?	APRÈS UN ACCOUCHEMENT ..... 1 APRÈS UNE FAUSSE-COUCHE ..... 2 NI L'UN NI L'AUTRE ..... 3	→ 1105
1104	Est-ce que ce problème a commencé après un travail et un accouchement normaux ou après un travail et un accouchement très difficiles ?	TRAVAIL/ACCOUCHEM. NORMAL ... 1 ACCOUCHEM. TRÈS DIFFICILE ... 2	→ 1106
1105	Selon vous, qu'est-ce qui a causé ce problème ?  PRÉCISEZ.	AGRESSION SEXUELLE ..... 1 OPÉRATION DU PELVIS ..... 2  AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8	→ 1107
1106	Combien de jours après [CAUSE DU PROBLÈME DE 1103 OU 1105] les pertes ont-elles commencé ?	NOMBRE DE JOURS APRÈS ACCOUCHE/AUTRE ÉVÈNEM. <input type="text"/> <input type="text"/>  (INSCRIVEZ 90 SI 90 JOURS OU PLUS)	
1107	Avez-vous recherché un traitement pour ce problème ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1109
1108	Pourquoi n'avez-vous pas recherché de traitement ?  INSISTEZ ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	NE SAVAIT PAS QU'ON POUVAIT RÉPARER ..... A NE SAVAIT PAS OÙ ALLER ..... B TROP CHER ..... C TROP ÉLOIGNÉ ..... D MAUVAISE QUALITÉ DES SOINS ... E N'A PAS PU OBTENIR PERMISSION F GÊNÉE ..... G PROBLÈME A DISPARU ..... H  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	→ 1201
1109	Auprès de qui avez-vous recherché un traitement en dernier ?	PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN ..... 1 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME ..... 2 AUTRE PERSONNE AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGEOISE ..... 3  AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	

1110	Avez-vous eu une opération pour résoudre le problème ?	OUI ..... 1	
		NON ..... 2	
1111	Est-ce-que le traitement a stoppé complètement les pertes ?	OUI, PERTES STOPPÉES COMPLÈTEMENT ..... 1	
	SI NON : Est-ce que le traitement à réduit les pertes ?	PERTES NON STOPPÉES MAIS RÉDUITES ..... 2	
		PERTES PAS STOPPÉES DU TOUT ..... 3	
		N'A PAS REÇU DE TRAITEMENT ..... 4	

SECTION 12. MODULE VIOLENCE DOMESTIQUE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A																																			
1201	<p>VÉRIFIEZ LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, [LOCALISATION À VÉRIFIER].</p> <p>FEMME SÉLECTIONNÉE <input type="checkbox"/> FEMME <input type="checkbox"/>            POUR CETTE SECTION NON SÉLECTIONNÉE</p>		1301																																			
1202	<p>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES :</p> <p>NE PAS CONTINUEZ TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS CERTAINE D'ÊTRE EN PRIVÉ.</p> <p>VOUS ÊTES EN PRIVÉ ..... 1            IMPOSSIBLE D'ÊTRE EN PRIVÉ ..... 2</p>		1233																																			
<p>LISEZ À L'ENQUÊTÉE :</p> <p>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions concernant certains autres aspects importants de la vie d'une femme. Vous allez trouver certaines de ces questions très personnelles. Cependant, vos réponses sont très importantes pour nous aider à connaître la condition des femmes aux Comores. Je vous garantis que vos réponses resteront complètement confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. Je tiens aussi à vous assurer que personne d'autre que vous dans votre ménage ne saura que l'on vous a posé ces questions.</p>																																						
1203	<p>VÉRIFIEZ 601 ET 602 :</p> <p>ACTUELLEMENT EN UNION/            VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>PRÉCÉDEMMENT EN UNION/            A VÉCU AVEC UN HOMME            (LISEZ AU PASSÉ ET UTILISEZ "DERNIER" AVEC MARI/PARTENAIRE) <input type="checkbox"/></p> <p>JAMAIS EN UNION/            JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p>		1217																																			
1204	<p>Tout d'abord, je vais vous poser des questions sur des situations auxquelles certaines femmes sont confrontées. Dites-moi, s'il vous plaît, si les situations suivantes s'appliquent à vos relations avec votre (dernier) (mari/partenaire) ?</p> <p>a) Il (est/était) jaloux ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres hommes ?            b) Il vous (accuse/accusait) souvent d'être infidèle ?            c) Il ne vous (permet/permettait) pas de voir vos amies ?            d) Il (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille ?            e) Il (insiste /insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments ?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>JALOUX .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ACCUSE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>VOIR AMIES .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>VOIR FAMILLE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>OÙ VOUS ÊTES .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	JALOUX .....	1	2	8	ACCUSE .....	1	2	8	VOIR AMIES .....	1	2	8	VOIR FAMILLE .....	1	2	8	OÙ VOUS ÊTES .....	1	2	8												
	OUI	NON	NSP																																			
JALOUX .....	1	2	8																																			
ACCUSE .....	1	2	8																																			
VOIR AMIES .....	1	2	8																																			
VOIR FAMILLE .....	1	2	8																																			
OÙ VOUS ÊTES .....	1	2	8																																			
1205	<p>Maintenant, je voudrais vous poser d'autres questions sur vos relations avec votre (dernier) (mari/partenaire).</p> <p>A Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) (mari/partenaire) :</p> <p>a) Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes ?            b) Vous menace de vous blesser ou de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche ?            c) Vous insulte ou vous rabaisse ?</p>	<p>B Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th>SOUVENT</th> <th>TEMPS EN TEMPS</th> <th>PAS DANS 12 DERNIERS MOIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b) OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c) OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	TEMPS EN TEMPS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS	a) OUI	1 →	1	2	3	NON	2				b) OUI	1 →	1	2	3	NON	2				c) OUI	1 →	1	2	3	NON	2				
	DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	TEMPS EN TEMPS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS																																		
a) OUI	1 →	1	2	3																																		
NON	2																																					
b) OUI	1 →	1	2	3																																		
NON	2																																					
c) OUI	1 →	1	2	3																																		
NON	2																																					

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A																																																																																								
1206	<p>A Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) (mari/partenaire) vous ait fait l'une des choses suivantes :</p> <p>a) vous bouscule, secoue ou vous jette quelque chose ?</p> <p>b) vous gifle ?</p> <p>c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?</p> <p>d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?</p> <p>e) vous donne des coups de pieds, vous traîne par terre ou vous batte ?</p> <p>f) essaye de vous étrangler ou de vous brûler avec l'intention de le faire ?</p> <p>g) vous menace ou vous attaque avec un couteau, un fusil ou une autre arme ?</p> <p>h) vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas ?</p> <p>i) vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</p> <p>j) vous force en vous menaçant ou d'une autre manière à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</p>	<p>B Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th>SOUVENT</th> <th>TEMPS EN TEMPS</th> <th>PAS DANS 12 DERNIERS MOIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OUI 1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON 2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI 1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON 2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI 1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON 2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI 1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON 2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI 1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON 2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI 1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON 2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI 1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON 2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	TEMPS EN TEMPS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS	OUI 1 →	1	2	3	NON 2				↓				OUI 1 →	1	2	3	NON 2				↓				OUI 1 →	1	2	3	NON 2				↓				OUI 1 →	1	2	3	NON 2				↓				OUI 1 →	1	2	3	NON 2				↓				OUI 1 →	1	2	3	NON 2				↓				OUI 1 →	1	2	3	NON 2				↓				
DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	TEMPS EN TEMPS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS																																																																																								
OUI 1 →	1	2	3																																																																																								
NON 2																																																																																											
↓																																																																																											
OUI 1 →	1	2	3																																																																																								
NON 2																																																																																											
↓																																																																																											
OUI 1 →	1	2	3																																																																																								
NON 2																																																																																											
↓																																																																																											
OUI 1 →	1	2	3																																																																																								
NON 2																																																																																											
↓																																																																																											
OUI 1 →	1	2	3																																																																																								
NON 2																																																																																											
↓																																																																																											
OUI 1 →	1	2	3																																																																																								
NON 2																																																																																											
↓																																																																																											
OUI 1 →	1	2	3																																																																																								
NON 2																																																																																											
↓																																																																																											
1207	<p>VÉRIFIEZ 1206A (a-j) :</p> <p>AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/></p> <p>PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/></p>		→1210																																																																																								
1208	<p>Combien de temps (après votre mariage/après avoir commencé à vivre) avec (dernier) (mari/partenaire), cet acte s'est-il produit ou ces actes se sont-ils produits pour la première fois ?</p> <p>SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00'.</p>	<p>NOMBRE D'ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AVANT MARIAGE/AVANT VIVRE ENSEMBLE ..... 95</p>																																																																																									
1209	<p>Est-ce qu'à la suite d'actes commis envers vous par votre (dernier) (mari/partenaire), il vous est arrivé d'avoir :</p> <p>a) des coupures, des hématomes ou des douleurs ?</p> <p>b) des hématomes aux yeux, des entorses, des luxations ou des brûlures ?</p> <p>c) des blessures profondes, des os cassés, des dents cassées ou d'autres blessures graves ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>																																																																																									

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A																								
1210	Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de battre, de gifler, de donner des coups de pied ou de faire quelque chose d'autre avec l'intention de blesser physiquement votre (dernier) (mari/partenaire) alors qu'il ne vous battait pas et ne vous faisait pas de mal physiquement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1212																								
1211	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de faire cela à votre (dernier) (mari/partenaire) : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?	SOUVENT ..... 1 DE TEMPS EN TEMPS ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3																									
1212	Est-ce que votre (dernier) (mari/partenaire) boit (buvait) de l'alcool ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1214																								
1213	Combien de fois lui arrive-t-il (lui est-il arrivé) d'être ivre : souvent, de temps en temps ou jamais ?	SOUVENT ..... 1 DE TEMPS EN TEMPS ..... 2 JAMAIS ..... 3																									
1214	Vous est-il arrivé d'avoir peur (d'avoir eu peur) de votre (dernier) (mari/partenaire) : de nombreuses fois, parfois ou jamais ?	DE NOMBREUSES FOIS ..... 1 PARFOIS PEUR ..... 2 JAMAIS PEUR ..... 3																									
1215	VÉRIFIEZ 609 :  MARIÉE PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> MARIÉE SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/>		→ 1217																								
1216	A Jusqu'ici, nous avons parlé du comportement de votre (actuel/dernier) (mari/partenaire). Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le comportement de votre ou d'un de vos (mari(s)/partenaire(s)) précédent(s) .  a) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose pour vous blesser physiquement ?  b) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous force physiquement à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels contre votre volonté ?	B Il y a combien de temps que cela s'est produit ?  <table border="1"> <thead> <tr> <th>DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th>IL Y A 0-11 MOIS</th> <th>IL Y A 12 MOIS OU PLUS</th> <th>NE SE SOUVIENT PAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OUI 1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON 2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI 1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON 2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	DÉJÀ ARRIVÉ	IL Y A 0-11 MOIS	IL Y A 12 MOIS OU PLUS	NE SE SOUVIENT PAS	OUI 1 →	1	2	3	NON 2				↓				OUI 1 →	1	2	3	NON 2				
DÉJÀ ARRIVÉ	IL Y A 0-11 MOIS	IL Y A 12 MOIS OU PLUS	NE SE SOUVIENT PAS																								
OUI 1 →	1	2	3																								
NON 2																											
↓																											
OUI 1 →	1	2	3																								
NON 2																											

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A		
1217	<p>VÉRIFIEZ 601 ET 602 :</p> <table border="1"> <tr> <td> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre que (votre/un) (mari/partenaire) vous a battu, giflé, donné des coups de pieds ou fait quelque chose pour vous faire mal physiquement ?</p> </td> <td> <p>JAMAIS MARIÉE/JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un vous a battu, giflé ou donné des coups de pieds ou fait quelque chose d'autre pour vous faire mal physiquement ?</p> </td> </tr> </table>	<p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre que (votre/un) (mari/partenaire) vous a battu, giflé, donné des coups de pieds ou fait quelque chose pour vous faire mal physiquement ?</p>	<p>JAMAIS MARIÉE/JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un vous a battu, giflé ou donné des coups de pieds ou fait quelque chose d'autre pour vous faire mal physiquement ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE ..... 3</p>	<p>→1220</p>
<p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre que (votre/un) (mari/partenaire) vous a battu, giflé, donné des coups de pieds ou fait quelque chose pour vous faire mal physiquement ?</p>	<p>JAMAIS MARIÉE/JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un vous a battu, giflé ou donné des coups de pieds ou fait quelque chose d'autre pour vous faire mal physiquement ?</p>				
1218	<p>Qui vous a agressé de cette façon ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MÈRE/ FEMME DU PÈRE ..... A</p> <p>PÈRE/ MARI DE LA MÈRE ..... B</p> <p>SOEUR/FRÈRE ..... C</p> <p>FILLE/FILS ..... D</p> <p>AUTRE PARENT ..... E</p> <p>PETIT AMI ACTUEL ..... F</p> <p>PETIT AMI PRÉCÉDENT ..... G</p> <p>BELLE-MÈRE ..... H</p> <p>BEAU-PÈRE ..... I</p> <p>AUTRE BEAU-PARENT ..... J</p> <p>ENSEIGNANT ..... K</p> <p>EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL . L</p> <p>POLICE/SOLDAT ..... M</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>			
1219	<p>Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-il arrivé que (cette personne/ces personnes) vous agresse (vous agressent) physiquement : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?</p>	<p>SOUVENT ..... 1</p> <p>DE TEMPS EN TEMPS ..... 2</p> <p>PAS DU TOUT ..... 3</p>			
1220	<p>VÉRIFIEZ 201, 226 ET 230 :</p> <table border="1"> <tr> <td> <p>A DÉJÀ ÉTÉ ENCEINTE (OUI À 201 OU 226 OU 230)</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> </td> <td> <p>N'A JAMAIS ÉTÉ ENCEINTE</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> </td> </tr> </table>	<p>A DÉJÀ ÉTÉ ENCEINTE (OUI À 201 OU 226 OU 230)</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p>	<p>N'A JAMAIS ÉTÉ ENCEINTE</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>		<p>→1223</p>
<p>A DÉJÀ ÉTÉ ENCEINTE (OUI À 201 OU 226 OU 230)</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p>	<p>N'A JAMAIS ÉTÉ ENCEINTE</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>				
1221	<p>Est-ce qu'il est arrivé que quelqu'un vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose d'autre pour vous faire mal physiquement alors que vous étiez enceinte ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>→ 1223</p>		
1222	<p>Qui a agi ainsi pour vous faire mal physiquement pendant que vous étiez enceinte ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MARI/PARTENAIRE ACTUEL ..... A</p> <p>MÈRE/ FEMME DU PÈRE ..... B</p> <p>PÈRE/ MARI DE LA MÈRE ..... C</p> <p>SOEUR/FRÈRE ..... D</p> <p>FILLE/FILS ..... E</p> <p>AUTRE PARENT ..... F</p> <p>ANCIEN MARI/PART PRÉCÉDENT ..... G</p> <p>PETIT AMI ACTUEL ..... H</p> <p>ANCIEN PETIT AMI ..... I</p> <p>BELLE-MÈRE ..... J</p> <p>BEAU-PÈRE ..... K</p> <p>AUTRE BEAU-PARENT ..... L</p> <p>ENSEIGNANT ..... M</p> <p>EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL . N</p> <p>POLICE/SOLDAT ..... O</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>			

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A		
1223	<p>VÉRIFIEZ 601 ET 602 :</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur des choses qui ont pu vous être faites par quelqu'un d'autre que (votre/un) (mari/partenaire).</p> <p>À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>JAMAIS MARIÉE/JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?</p> </td> </tr> </table>	<p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur des choses qui ont pu vous être faites par quelqu'un d'autre que (votre/un) (mari/partenaire).</p> <p>À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?</p>	<p>JAMAIS MARIÉE/JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE ..... 3</p>	<p style="text-align: right;">└─ 1227</p>
<p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur des choses qui ont pu vous être faites par quelqu'un d'autre que (votre/un) (mari/partenaire).</p> <p>À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?</p>	<p>JAMAIS MARIÉE/JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?</p>				
1224	<p>Quel âge aviez-vous la première fois que l'on vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>			
1225	<p>Quelle est la personne qui vous a forcé à ce moment-là ?</p>	<p>MARI/PARTENAIRE ACTUEL ..... 01</p> <p>ANCIEN MARI/PARTENAIRE ..... 02</p> <p>PETIT AMI ACTUEL/ANCIEN ..... 03</p> <p>PÈRE/BEAU-PÈRE ..... 04</p> <p>FRÈRE/BEAU-FRÈRE ..... 05</p> <p>AUTRE PARENT ..... 06</p> <p>BEAU-PARENT ..... 07</p> <p>AMI/RENCONTRE ..... 08</p> <p>AMI DE LA FAMILLE ..... 09</p> <p>ENSEIGNANT ..... 10</p> <p>EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL . 11</p> <p>POLICE/SOLDAT ..... 12</p> <p>PRÊTRE/RELIGIEUX ..... 13</p> <p>INCONNU ..... 14</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p style="text-align: center;">PRÉCISEZ</p>			
1226	<p>VÉRIFIEZ 601 ET 602 :</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un, autre que (votre/un) (mari/partenaire) vous a forcé physiquement à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>JAMAIS MARIÉE/JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a forcé physiquement à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?</p> </td> </tr> </table>	<p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un, autre que (votre/un) (mari/partenaire) vous a forcé physiquement à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?</p>	<p>JAMAIS MARIÉE/JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a forcé physiquement à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
<p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un, autre que (votre/un) (mari/partenaire) vous a forcé physiquement à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?</p>	<p>JAMAIS MARIÉE/JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a forcé physiquement à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?</p>				

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
1227	VÉRIFIEZ 1206A (a-j), 1216, 1217, 1221, 1223 ET 1226 :  AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/>		1231
1228	Pensez à ce qui vous est arrivé parmi les choses dont nous venons de parler. Vous est-il arrivé de rechercher de l'aide ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	1230
1229	Auprès de qui avez-vous recherché de l'aide ?  Personne d'autre ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROPRE FAMILLE ..... A FAMILLE DU MARI/PARTENAIRE ..... B MARI/PARTENAIRE ACTUEL/ANCIEN ..... C PETIT AMI ACTUEL /ANCIEN ..... D AMI ..... E VOISIN ..... F RELIGIEUX ..... G MÉDECIN/PERSONNEL SANTÉ ..... H POLICE ..... I HOMME DE LOI ..... J SERVICE SOCIAL ..... K  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	1231
1230	Avez-vous parlé de cela à quelqu'un ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1231	Pour autant que vous le sachiez, est-ce que votre père battait votre mère ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	

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

1232	AVEZ-VOUS DÛ INTERROMPRE L'INTERVIEW PARCE QU'UN ADULTE A ESSAYÉ D'ÉCOUTER, EST VENU DANS LA PIÈCE OU A ESSAYÉ D'INTERVENIR D'UNE AUTRE MANIÈRE ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI 1 FOIS</th> <th>OUI, PLUS D'UNE FOIS</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MARI .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRE HOMME ADULTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>FEMME ADULTE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		OUI 1 FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON	MARI .....	1	2	3	AUTRE HOMME ADULTE	1	2	3	FEMME ADULTE.....	1	2	3	
	OUI 1 FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON																
MARI .....	1	2	3																
AUTRE HOMME ADULTE	1	2	3																
FEMME ADULTE.....	1	2	3																
1233	COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE / SI L'ENQUÊTE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE N'A PU ÊTRE MENÉE, DONNEZ LES RAISONS.  _____ _____ _____																		

## SECTION 13. MORTALITÉ MATERNELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES						ALLER À
1301	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos frères et soeurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère naturelle, y compris ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés.  À combien d'enfants votre propre mère a-t-elle donné naissance, y compris vous-même ?	NOMBRE DE NAISSANCES DE LA MÈRE NATURELLE ..... <input type="text"/>						
1302	VÉRIFIER 1301 :  DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/>	UNE NAISSANCE SEULEMENT (ENQUÊTÉE SEULE) <input type="checkbox"/>						→ 1314
1303	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance ?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES ..... <input type="text"/>						
1304	Quel nom a été donné à votre frère ou soeur le plus âgé (ou suivant) ?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	
1305	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2						
1306	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1308 NSP .... 8 ALLER À [2]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1308 NSP .... 8 ALLER À [3]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1308 NSP .... 8 ALLER À [4]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1308 NSP .... 8 ALLER À [5]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1308 NSP .... 8 ALLER À [6]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1308 NSP .... 8 ALLER À [7]	
1307	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> ALLER À [7]	
1308	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/>						
1309	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ?	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [2]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [3]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [4]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [5]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [6]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [7]	
1310	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1313						
1311	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 NON ... 2 ALLER À 1313						
1312	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI ... 1 NON ... 2						
1313	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	<input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> ALLER À [7]	
SI PLUS DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À 1314								

1304	Quel nom a été donné à votre frère ou soeur le plus âgé (ou suivant) ?	[7] _____	[8] _____	[9] _____	[10] _____	[11] _____	[12] _____	
1305	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	
1306	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1308 NSP .... 8 ALLER À [8]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1308 NSP .... 8 ALLER À [9]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1308 NSP .... 8 ALLER À [10]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1308 NSP .... 8 ALLER À [11]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1308 NSP .... 8 ALLER À [12]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1308 NSP .... 8 ALLER À [13]	
1307	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [13]	
1308	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
1309	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [13]	
1310	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	
1311	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1313 NON ... 2	
1312	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	
1313	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [13]	
SI PLUS DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À 1314								
1314	ENREGISTREZ L'HEURE.						HEURES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES CONCERNANT L'ENQUÊTÉE

---

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES

---

---

---

---

---

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---

---

---

---

NOM DU CHEF D'EQUIPE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

OBSERVATION DE LA CONTRÔLEUSE

---

---

---

---

---

NOM DE LA CONTRÔLEUSE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

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

CODES À UTILISER POUR CHAQUE COLONNE

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

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

COLUMN 2: DISCONTINUATION OU UTILIS. CONTRACEPTIVE

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

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

\* On suppose que l'année de l'enquête sera 2010. Pour le terrain commençant en 2011 ou 2012, les années devront être adaptées.

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