

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ À MADAGASCAR
QUESTIONNAIRE FEMME

MADAGASCAR
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INSTAT)

IDENTIFICATION								
NOM DE LA LOCALITÉ _____								
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____								
NUMÉRO DE GRAPPE				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				
NUMÉRO DE MÉNAGE				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____								
VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE : MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUETE HOMME? (1=OUI, 2=NON)				<input type="checkbox"/>				
FEMME SÉLECTIONNÉE POUR LA SECTION VIOLENCE DOMESTIQUE ? (1=OUI, 2=NON) (LAISSEZ CASE EN BLANC SI MÉNAGE PAS SÉLECTIONNÉ POUR ENQUÊTE HOMME)				<input type="checkbox"/>				
VISITES D'ENQUÊTRICES								
	1	2	3	VISITE FINALE				
DATE	_____	_____	_____	JOUR MOIS ANNÉE No ENQUÊT				
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>1</td></tr> </table>	2	0	2	1
2	0	2	1					
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	RÉSULTAT* _____				
PROCHAINE DATE VISITE HEURE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="checkbox"/>				
*CODES RÉSULTAT : 1 COMPLÉTÉ 4 REFUSÉ 2 PAS À LA MAISON 5 PARTIELLEMENT COMPLÉTÉ 7 AUTRE _____ 3 DIFFÉRÉ 6 INCAPACITÉ PRÉCISEZ								
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; text-align: center;">0</table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; text-align: center;">1</table> LANGUE DE L'INTERVIEW** <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"> </table> LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉE** <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"> </table> TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2) <input type="checkbox"/>								
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** FRANÇAIS **CODES LANGUES : 01 FRANÇAIS LANGUE 3 05 LANGUE 5 02 MALAGASY LANGUE 4 06 LANGUE 6								
CHEF D'ÉQUIPE								
_____				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				
NOM				NUMÉRO				

PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle _____ . Je travaille pour l'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE. Nous effectuons une enquête nationale sur la santé et sur d'autres sujets à MADAGASCAR. Les informations que nous collectons aideront le 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 de répondre à questions 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 à me poser ?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE : _____ DATE _____

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE
D'ÊTRE INTERVIEWÉE ... 1

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



SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
101	INSCRIVEZ L'HEURE.	HEURES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MINUTES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
102	Depuis combien de temps vivez-vous de manière continue à (NOM DE LA GRANDE VILLE, VILLE OU VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE) ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	ANNÉES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> DEPUIS TOUJOURS 95 VISITEUR 96			→ 105						
103	Juste avant d'habiter ici, est-ce que vous viviez dans une grande ville, une ville ou un village ?	GRANDE VILLE 1 AUTRE VILLE 2 RURAL 3									
104	Juste avant d'habiter ici, dans quelle RÉGION est-ce que vous viviez ? Raha toa ka sarotra ny mamantatra ny faritra,, soraty ny anaran'ilay toerana ary soraty vonjimaika ny ' 99 ' mandra-pahafantarana ny tena valiny mifandraika aminy. _____	ANTANANARIVO 10 ANALAMANGA 11 VAKINANKARATRA 12 ITASY 13 BONGOLAVA 14 HAUTE MATSIATRA 21 AMORON'I MANIA 22 VATOVAVY FITOVINANA 23 IHOROMBE 24 ATSIMO ATSIANANA 25 ATSIANANA 31 ANALANJIROFO 32 ALAO TRA MANGORO 33 BOENY 41 SOFIA 42 BETSIBOKA 43 MELAKY 44 ATSIMO ANDREFANA 51 ANDROY 52 ANOSY 53 MENABE 54 DIANA 61 SAVA 62 EN DEHORS DE MADAGASCAR 96									

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAIT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAIT PAS L'ANNÉE 9998	
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
107	Êtes-vous allée à l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 111
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 1 2 SECONDAIRE 2 3 SUPÉRIEUR 4	
109	Quelle 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'.	[ANNÉE/CLASSE] <input type="text"/> <input type="text"/>	
110	VÉRIFIEZ 108: PRIMAIRE OU <input type="checkbox"/> SECONDAIRE ↓ SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/>		→ 113
111	Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase. MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉE. SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ : Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT 1 PEUT SEULEMENT LIRE UNE PARTIE DE LA PHRASE 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DEMANDÉE 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE 5	
112	VÉRIFIEZ 111: CODE '2', '3' OU '4' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓ CODE '1' OU '5' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>		→ 114
113	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	
114	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	
115	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	
116	Est-ce que vous possédez un téléphone portable ?	OUI 1 NON 2	→ 118

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
117	Est-ce que vous utilisez votre téléphone portable pour faire des opérations financières ?	OUI 1 NON 2	
118	Avez-vous un compte dans une banque ou dans une autre institution financière que vous pouvez utiliser	OUI 1 NON 2	
119	Avez-vous déjà utilisé internet ?	OUI 1 NON 2	→ 122
120	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé internet ? SI NÉCESSAIRE, INSISTEZ POUR L'UTILISATION À PARTIR DE N'IMPORTE QUEL ENDROIT AVEC N'IMPORTE QUEL APPAREIL.	OUI 1 NON 2	→ 122
121	Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous utilisé internet: presque chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRESQUE CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4	
122	Quelle est votre religion ?	CATHOLIQUE 01 FJKM/FLM/ANGLIKANA 02 MUSULMANE 03 TRADITIONNELLE/ANIMISTE 04 SANS RELIGION/AUCUNE 05 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà donné naissance à des enfants ?	OUI 1 NON 2	→ 206								
202	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 204								
203	a) Combien de fils vivent avec vous ? b) Et combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) FILS À LA MAISON <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> b) FILLES À LA MAISON <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
204	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance qui sont toujours en vie mais qui ne vivent	OUI 1 NON 2	→ 206								
205	a) Combien de fils sont vivants mais qui ne vivent pas avec vous ? b) Et combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) FILS AILLEURS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> b) FILLES AILLEURS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou à une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON, INSISTEZ : Aucun bébé qui a crié ou fait un mouvement, qui a émis un son ou essayé de respirer ou qui a montré d'autres signes de vie pendant un très court moment ?	OUI 1 NON 2	→ 208								
207	a) Combien de garçons sont décédés ? b) Et combien de filles sont décédés ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) GARÇONS DÉCÉDÉS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> b) FILLES DÉCÉDÉES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL NAISSANCES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIEZ 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris: vous avez eu au TOTAL _____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> INSISTEZ ET CORRIGEZ 201-208 COMME IL SE										
210	VÉRIFIEZ 208: UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> OU PLUS ↓ AUCUNE <input type="checkbox"/> → 226										

SECTION 2. REPRODUCTION

211 Je voudrais maintenant faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la première. INSCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. INSCRIVEZ LES JUMEAUX/TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES. S'IL Y A PLUS DE 10 NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE, EN COMMENÇANT À LA SECONDE LIGNE .									
212	213	214	215	216	217 SI EN VIE:	218 SI EN VIE:	219 SI EN VIE:	220 SI DÉCÉDÉ:	221
Quel nom a été donné à votre (premier enfant/ enfant suivant) ? INSCRI-VEZ LE NOM. NO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.	(NOM) est-il un garçon ou une fille ?	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?	Quel jour, quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	INSCRIVEZ LE NO 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 '12 MOIS' OU '1 AN', DEMANDEZ: Est-ce que (NOM) avait eu son premier anniversaire ? PUIS DEMANDEZ: Exactly combien de mois avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ?	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	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	
02	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
03	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
04	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	YES 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
05	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
<p>Quel nom a été donné à votre (premier enfant/ enfant suivant) ?</p> <p>INSCRIVEZ LE NOM.</p> <p>N° DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.</p>	<p>(NOM) est-il un garçon ou une fille ?</p>	<p>Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?</p>	<p>Quel jour, quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?</p>	<p>(NOM) est-il/elle encore en vie ?</p>	<p>217 SI EN VIE:</p> <p>Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?</p> <p>INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUTIONNAIRE.</p>	<p>218 SI EN VIE: SI EN VIE:</p> <p>(NOM) vit-il/elle avec vous ?</p>	<p>219 SI EN VIE: SI EN VIE:</p> <p>INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.</p>	<p>220 SI DÉCÉDÉ:</p> <p>Quel âge avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ?</p> <p>SI '12 MOIS' OU '1 AN', DEMANDEZ: Est-ce que (NOM) avait eu son premier anniversaire ?</p> <p>PUIS DEMANDEZ: Exactement combien de mois avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ?</p> <p>INSCRIVEZ EN JOURS SI L'ENFANT A MOINS D'1 MOIS; EN MOIS, SI L'ENFANT A MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.</p>	<p>221</p> <p>Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?</p>
06	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
07	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
08	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
09	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
10	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ?	OUI 1 (INSCRIVEZ LA/LES NAISS. DANS LE TABLEAU) NON 2	
223	COMPAREZ 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES DANS LE TABLEAU DES NAISSANCES NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTEZ ET CORRIGEZ)		
224	VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NOMBRE DE NAISSANCES DANS 2016-2021	NOMBRE DE NAISSANCE! <input type="text"/> AUCUNE 0	→ 226
225	C POUR CHAQUE NAISSANCE DANS 2016-2021, INSCRIVEZ 'N' AU MOIS DE NAISSANCE DANS LE CALENDRIER. INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT À GAUCHE DU CODE 'N'. POUR CHAQUE NAISSANCE, DEMANDEZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS 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		
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. C 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	VÉRIFIEZ 208: NOMBRE TOTAL DE NAISSANCES UNE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> a) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez plus d'enfant ? b) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas avoir d'enfant ?	PLUS TARD 1 PLUS/AUCUN 2	
230	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI 1 NON 2	→ 239
231	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
232	VÉRIFIEZ 231: DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN 2016-2021 <input type="checkbox"/>		→ 234
		DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN 2015 OU PLUS TÔT <input type="checkbox"/>	→ 239
LINE NO.	233 En quel mois et en quelle année la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ?	234 De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ?	235 Depuis janvier 2016, avez-vous eu d'autres grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante ?
01		<input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS	OUI 1 → LIG SUIV. NON 2 → 236
02	<input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	<input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS	OUI 1 → LIG SUIV. NON 2 → 236
03	<input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	<input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS	OUI 1 → LIG SUIV. NON 2 → 236
04	<input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	<input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS	OUI 1 NON 2 → 236
236	<p>C POUR CHAQUE GROSSESSE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE EN 2016-2021 OU PLUS TARD, INSCRIVEZ 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.</p> <p>S'IL Y A PLUS DE QUATRE GROSSESSES QUI NE SE SONT PAS TERMINÉES PAR UNE NAISSANCE VIVANTE, UTILISEZ DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES EN COMMENCANT À LA SECONDE LIGNE.</p>		
237	Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant 2016 et qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI 1 NON 2	→ 239
238	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2016 ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
239	Quand vos dernières règles ont-elles commencé ? _____ (DATE, SI DONNÉE)	IL Y A JOURS 1 IL Y A SEMAINES 2 IL Y A MOIS 3 IL Y A ANNÉES 4 EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE 994 AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995 JAMAIS EU DE RÈGLES 996	<table border="1" style="width: 100px; height: 100px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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>								
240	Entre la période des règles et les règles suivantes, est-ce qu'il y a une période où les femmes ont plus de chances de tomber enceintes ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	→ 242								
241	Est-ce que cette période se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles soient terminées ou bien au milieu de deux périodes de règles ?	JUSTE AVANT QUE LES RÈGLES COMMENCENT 1 PENDANT LES RÈGLES 2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES 3 AU MILIEU, ENTRE DEUX PÉRIODES DE RÈGLES 4 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8									
242	Après la naissance d'un enfant, est-ce qu'une femme peut tomber enceinte avant que ses règles soient revenues ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8									

SECTION 3. CONTRACEPTION

301	Je voudrais maintenant que nous parlions de planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE) ?		
01	Stérilisation féminine. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI	1
		NON	2
02	Stérilisation masculine. INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI	1
		NON	2
03	DIU. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin ou une infirmière leur place dans l'utérus pour leur éviter une grossesse pendant un ou plusieurs mois.	OUI	1
		NON	2
04	Injectables. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour leur éviter une grossesse pendant trois mois ou plus.	OUI	1
		NON	2
05	Implants. INSISTEZ : Les femmes peuvent se faire insérer par un médecin ou une infirmière un bâtonnet ou plus sous la peau du haut du bras gauche pour leur éviter une grossesse, pendant une année ou plus.	OUI	1
		NON	2
06	Pilule. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter une grossesse.	OUI	1
		NON	2
07	Condom. INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.	OUI	1
		NON	2
08	Condom féminin. INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI	1
		NON	2
09	Pilule du lendemain. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre pendant trois jours après des rapports sexuels non protégés des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes.	OUI	1
		NON	2

SECTION 3. CONTRACEPTION

10	<p>Méthode des jours fixes. INSISTEZ : Les femmes utilisent un collier de perles de couleur différente pour connaître les jours où elles peuvent tomber enceintes. Durant ces jours où elles peuvent tomber enceintes, elles utilisent un condom ou elles s'abstiennent de rapports sexuels.</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
11	<p>Méthode de l'aménorrhée et de l'allaitement maternel (MAMA). INSISTEZ : Pendant six mois après la naissance d'un enfant, avant que les règles ne soient revenues, les femmes utilisent une méthode qui nécessite d'allaiter fréquemment le jour et la nuit.</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
12	<p>Méthode du rythme. INSISTEZ : Pour éviter une grossesse, les femmes n'ont pas de rapports sexuels les jours où elles pensent qu'elles peuvent tomber enceintes.</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
13	<p>Retrait. INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
14	<p>Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes qu'une femme ou un homme peut utiliser pour éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI, MÉTHODE MODERNE _____ A (PRÉCISEZ) OUI, MÉTHODE TRADITIONNELLE _____ B (PRÉCISEZ) NON Y</p>

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
302	VÉRIFIEZ 226: PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE ↓	ENCEINTE <input type="checkbox"/>	→ 312
303	Est-ce que vous, ou votre partenaire, faites actuellement quelque chose ou est-ce que vous utilisez actuellement une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 312
304	Quelle méthode utilisez-vous ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI PLUS D'UNE MÉTHODE EST MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE A STÉRILISATION MASCULINE B DIU C INJECTABLES D IMPLANTS E PILULE F CONDOM G CONDOM FÉMININ H PILULE DU LENDEMAIN I MÉTHODE DES JOURS FIXES J MAMA K MÉTHODE DU RYTHME L RETRAIT M AUTRE MÉTHODE MODERNE X AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE Y	→ 307 → 309 → 306 → 309
305	Quelle est la marque de pilule que vous utilisez actuellement ? SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOÎTE.	MICROGYNON 01 MICROLUT 02 EUGYNON 03 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	→ 309
306	Quelle est la marque de condom que vous utilisez actuellement ? SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOÎTE.	FIMAILO 01 KAPAOITY/KPOTY 02 YES 03 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	→ 309

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
307	<p>Dans quel établissement a été effectuée la stérilisation ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ,</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL PUBLIC 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PUBLIC 12</p> <p>CLINIQUE PLANIFICATION FAMILIALE 13</p> <p>CLINIQUE MOBILE 14</p> <p>AUTRE SECTEUR MEDICAL PUBLIC</p> <p>_____ 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ 22</p> <p>CLINIQUE MOBILE 23</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
308	<p>En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?</p>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>→ 310</p>
309	<p>Depuis quel mois et quelle année utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?</p> <p>INSISTEZ : Depuis combien de temps utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?</p>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
310	<p>VÉRIFIEZ 308 ET 309, 215 ET 231: AUCUNE NAISSANCE OU GROSSESSE TERMINÉE APRÈS MOIS ET ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 308 OU 309</p> <p>NON <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p>	<p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>←</p> <p>RETOURNEZ À 308 OU 309, INSISTEZ ET INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE (QUI DOIT SE SITUER APRÈS LA DERNIÈRE NAISSANCE OU LA FIN DE LA DERNIÈRE GROSSESSE).</p>	

SECTION 3. CONTRACEPTION (OPTION CAPI)

311	<p>VÉRIFIEZ 308 ET 309:</p> <p>ANNÉE EST 2016-2021 <input type="checkbox"/></p> <p>C INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE POUR LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION .</p> <p>ENSUITE CONTINUEZ</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>ANNÉE EST 2015 OU PLUS TÔT <input type="checkbox"/></p> <p>C INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE POUR LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À JANVIER 2016 .</p> <p>ENSUITE</p> <p style="text-align: right;">(ALLEZ À 324) ←</p>		
312	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les périodes où, durant ces dernières années, vous ou votre partenaire, avez utilisé une méthode pour éviter une grossesse.</p> <p>C UTILISEZ LE CALENDRIER POUR VÉRIFIER LES PÉRIODES ANTÉRIEURES D'UTILISATION ET DE NON UTILISATION, EN COMMENÇANT PAR L'UTILISATION LA PLUS RÉCENTE, EN PARTANT DE JANVIER 2016. UTILISEZ LES NOMS DES ENFANTS, DATES DE NAISSANCE ET PÉRIODES DE GROSSESSE COMME DES POINTS DE RÉFÉRENCE.</p>			
		COLONNE 1	COLONNE 2	COLONNE 3
312A	<p>MOIS ET ANNÉE DU DÉBUT DE L'INTERVALLE D'UTILISATION OU DE NON UTILISATION.</p>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>
312B	<p>Entre (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) et (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE), avez-vous ou votre partenaire utilisé une méthode de contraception ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p style="text-align: right;">(ALLEZ À 312I) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p style="text-align: right;">(ALLEZ À 312I) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p style="text-align: right;">(ALLEZ À 312I) ←</p>
312C	<p>Quelle était cette méthode ?</p>	<p>CODE MÉTHODE .. <input type="text"/></p>	<p>CODE MÉTHODE .. <input type="text"/></p>	<p>CODE MÉTHODE .. <input type="text"/></p>
312D	<p>Combien de mois après (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE) ? ENCERCLEZ '95' SI L'ENQUÊTÉE DONNE LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA</p>	<p>IMMÉDIATEMENT 00</p> <p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">(ALLEZ À 312F) ←</p> <p>DATE DONNÉE 95</p>	<p>IMMÉDIATEMENT 00</p> <p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">(ALLEZ À 312F) ←</p> <p>DATE DONNÉE 95</p>	<p>IMMÉDIATEMENT 00</p> <p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">(ALLEZ À 312F) ←</p> <p>DATE DONNÉE 95</p>

		COLONNE 1	COLONNE 2	COLONNE 3
312E	INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE OÙ L'ENQUÊTÉE A COMMENCÉ À UTILISER LA MÉTHODE.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE
312F	Pendant combien de mois avez-vous utilisé (MÉTHODE) ? ENCERCLEZ '95' SI L'ENQUÊTÉE DONNE LA DATE DE FIN	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 312H) ← DATE DONNÉE 95	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 312H) ← DATE DONNÉE 95	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 312H) ← DATE DONNÉE 95
312G	INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE OÙ L'ENQUÊTÉE A ARRÊTÉ D'UTILISER LA MÉTHODE.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE
312H	Pourquoi avez-vous arrêté d'utiliser (MÉTHODE) ?	RAISON POUR AVOIR ARRÊTÉ <input type="text"/>	RAISON POUR AVOIR ARRÊTÉ <input type="text"/>	RAISON POUR AVOIR ARRÊTÉ <input type="text"/>
312I		RETOURNEZ À 312A À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS D'INTERRUPTIONS, ALLEZ À 313.	RETOURNEZ À 312A À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS D'INTERRUPTIONS, ALLEZ À 313.	RETOURNEZ À 312A DANS LE NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU, SI PLUS D'INTERRUPTIONS, ALLEZ À 313.

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
313	VÉRIFIEZ LE CALENDRIER POUR L'UTILISATION D'UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE À N'IMPORTE QUEL AUCUNE MÉTHODE UTILISÉE <input type="checkbox"/> UNE MÉTHODE UTILISÉE <input type="checkbox"/>		→ 315
314	Avez-vous déjà utilisé quelque chose ou essayé par divers moyens de retarder ou d'éviter une grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 326
315	VÉRIFIEZ 304: ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLE À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	PAS DE CODE ENCERCLÉ 00 STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 PILULE DU LENDEMAIN 09 MÉTHODE DES JOURS FIXES 10 MAMA 11 MÉTHODE DU RYTHME 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE MODERNE 95 AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE 96	→ 326 → 319 → 327 → 323
316	Vous avez commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) en (DATE À 309). Où l'avez-vous obtenue à ce moment-là ? INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL PUBLIC 11 CENTRE DE SANTÉ PUBLIC 12 CLINIQUE PLANIFICATION FAMILIALE 13 CLINIQUE MOBILE 14 AGENT DE SANTÉ/ AGENT COMMUNAUTAIRE 15 AUTRE SECTEUR MEDICAL PUBLIC _____ 16 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 PHARMACIE 22 CABINET MEDICAL/MÉDECIN PRIVÉ 23 CLINIQUE MOBILE 24 AGENT DE SANTÉ 25 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 26 (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE BOUTIQUE 31 INSTITUTION RELIGIEUSE 32 AMIS/PARENTS 33 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
317	VÉRIFIEZ 304: ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLE À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 PILULE DU LENDEMAIN 09 MÉTHODE DES JOURS FIXES 10 AUTRE MÉTHODE MODERNE 95 AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE 96	→ 323 → 322 → 323

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
318	À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'effets secondaires que vous pourriez avoir en utilisant cette méthode ?	OUI 1 NON 2	→ 321 → 320
319	Quand vous avez été stérilisée, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes que vous pourriez avoir à cause de la méthode ?	OUI 1 NON 2	→ 321
320	Est-ce qu'un agent de santé communautaire ou de planification familiale vous a parlé des effets secondaires ou des problèmes que vous pourriez avoir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI 1 NON 2	→ 322
321	Vous a-t-on dit ce qu'il fallait faire si vous aviez ces effets secondaires ou ces problèmes ?	OUI 1 NON 2	
322	VÉRIFIEZ 318 ET 319: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> UN <input type="checkbox"/> OUI' ↓ </div> <div style="border-left: 1px dashed black; width: 1px; height: 100%;"></div> <div style="text-align: center;"> AUTRE <input type="checkbox"/> ↓ </div> </div> a) À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pourriez utiliser ? b) Quand vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE DE 315) de (ENDROIT DE 307 OU 316), vous a-t-on parlé d'autres méthodes de PF que vous pouviez utiliser ?	OUI 1 NON 2	→ 324
323	Est-ce qu'un agent de santé communautaire ou de planification familiale vous a parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?	OUI 1 NON 2	
324	VÉRIFIEZ 304: ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 PILULE DU LENDEMAIN 09 MÉTHODE DES JOURS FIXES 10 MAMA 11 MÉTHODE DU RYTHME 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE MODERNE 95 AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE 96	→ 327 → 327 → 327

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
325	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL PUBLIC 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PUBLIC 12</p> <p>CLINIQUE PLANIFICATION FAMILIALE 13</p> <p>CLINIQUE MOBILE 14</p> <p>AGENT DE SANTÉ/ AGENT COMMUNAUTAIRE 15</p> <p>AUTRE SECTEUR MEDICAL PUBLIC</p> <p>_____ 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>PHARMACIE 22</p> <p>CABINET MEDICAL/MÉDECIN PRIVÉ 23</p> <p>CLINIQUE MOBILE 24</p> <p>AGENT DE SANTÉ 25</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE 31</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE 32</p> <p>AMIS/PARENTS 33</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 327</p>
326	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
327	<p>Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez reçu la visite d'un agent de santé communautaire ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>→ 329</p>
328	<p>Est-ce que l'agent de santé communautaire vous a parlé de planification familiale ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
329	<p>VÉRIFIEZ 202: ENFANT VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>a) Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même ou pour vos enfants ?</p> <p>b) Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>→ 401</p>
330	<p>Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

401	VÉRIFIEZ 224: UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2016-2021 <input type="checkbox"/> ↓ AUCUNE NAISSANCE EN 2016-2021 <input type="checkbox"/> → 472		
402	VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES À 403 ET LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE À 404 POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2016-2021. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISEZ LA DERNIÈRE COLONNE D'UN/DES QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE. Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).		
403	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCE <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCE <input type="text"/> <input type="text"/>
404	À PARTIR DES QUESTIONS 212 ET 216:	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ ↓	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ ↓
405	Quand vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 408) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 426) ←
406	VÉRIFIEZ 208: SEULEMENT UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> a) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard, ou est-ce que vous ne vouliez pas d'enfant ? PLUS D'UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> b) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard, ou est-ce que vous ne vouliez plus d'enfant ?	PLUS TARD 1 PLUS/AUCUN 2 (ALLEZ À TO 408) ←	PLUS TARD 1 PLUS/AUCUN 2 (ALLEZ À 426) ←
407	Combien de temps de plus vouliez-vous attendre ?	MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998
408	Avez-vous vu quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 414) ←	
409	Qui avez-vous vu ? Quelqu'un d'autre ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE B SAGE-FEMME C AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE D PARENT/AMI E MATRONE F AUTRE X _____ (PRÉCISEZ)	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	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 LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON A</p> <p>AUTRE MAISON B</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL PUBLIC C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PUBLIC D</p> <p>POSTE DE SANTÉ PUBLIC E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC F</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ H</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE X</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p>													
411	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez reçu vos premiers soins prénatals pour cette grossesse ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98													
412	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous reçu des soins prénatals ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98													
413	Est-ce qu'au cours des visites prénatales durant cette grossesse, les examens suivants ont été effectués au moins une fois :	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td>a) Vous a-t-on pris la tension ?</td> <td>a) TENSION 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) Vous a-t-on prélevé de l'urine ?</td> <td>b) URINE 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) Vous a-t-on prélevé du sang ?</td> <td>c) SANG 1</td> <td>2</td> </tr> </table>		OUI	NON	a) Vous a-t-on pris la tension ?	a) TENSION 1	2	b) Vous a-t-on prélevé de l'urine ?	b) URINE 1	2	c) Vous a-t-on prélevé du sang ?	c) SANG 1	2	
	OUI	NON													
a) Vous a-t-on pris la tension ?	a) TENSION 1	2													
b) Vous a-t-on prélevé de l'urine ?	b) URINE 1	2													
c) Vous a-t-on prélevé du sang ?	c) SANG 1	2													
414	Durant cette grossesse, vous a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 417) ← NE SAIT PAS 8													
415	Durant cette grossesse, combien de fois vous a-t-on fait une injection contre le tétanos ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8													
416	VÉRIFIEZ 415: INJECTIONS ANTITÉTANIQUES	2 FOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 420) ← AUTRE <input type="checkbox"/>													

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
417	À n'importe quel moment avant cette grossesse, vous a-t-on fait des injections contre le tétanos ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 420) ← NE SAIT PAS 8	
418	Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu des injections contre le tétanos ? SI 7 FOIS OU PLUS INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	
419	VÉRIFIEZ 418: SEULEMEN <input type="checkbox"/> PLUS <input type="checkbox"/> T UNE FOIS ↓ D'UNE FOIS ↓ a) Il y a combien b) Il y a combien d'années que d'années que vous avez reçu vous avez reçu cette injection la dernière contre le tétanos injection contre ? le tétanos avant cette grossesse	IL Y A <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES	
420	Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ? MONTREZ LES COMPRIMÉS/SIROP.	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 422) ← NE SAIT PAS 8	
421	Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris des comprimés ou du sirop ? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UN NOMBRE	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	
422	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
423	Durant cette grossesse, avez-vous pris de la SP (Fansidar, Maloxine, ou d'autres marques) pour éviter le paludisme ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 426) ← NE SAIT PAS 8	
424	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la SP (Fansidar, Maloxine, ou d'autres marques) ?	NOMBRE DE FOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> (SI PLUS DE 3 FOIS, ALLEZ À 425) ←	
424A	Pourquoi n'avez-vous pas pris le SP (Fansidar, Maloxine, ou d'autres marques) trois fois ?	MÉDICAMENT PAS OFFERT PAR AGENT DE SANTÉ 1 PAS RETOURNÉ AU CENTRE DE SANTÉ 2 NE SAIT PAS 8 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	
425	Vous a-t-on donné la SP (Fansidar, Maloxine, ou d'autres marques) durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé ou l'avez-vous obtenue ailleurs ? SI PLUS D'UNE SOURCE, INSCRIVEZ LA PREMIÈRE SOURCE DE LA LISTE.	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE ÉTABLIS. DE SANTÉ ... 2 PHARMACIE 3 STRATÉGIES AVANCÉE 4 AGENT COMMUNAUTAIRE 5 AILLEURS 6	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
426	Quand (NOM) est né, était-il/elle très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne ou très petit ?	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8
427	(NOM) a-t-il /elle été pesé à la naissance ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 429) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 429) ← NE SAIT PAS 8
428	Combien (NOM) pesait-il/elle ? INSCRIVEZ LE POIDS EN KILOGRAMMES À PARTIR DU CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998
429	Qui vous a assisté durant l'accouchement de (NOM) ? Quelqu'un d'autre ? INSISTEZ POUR LE/LES TYPES DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI L'ENQUÊTÉE DÉCLARE QUE PERSONNE N'A ASSISTÉ L'ACCOUCHEMENT, INSISTEZ POUR DÉTERMINER SI DES ADULTES ÉTAIENT PRÉSENTS À L'ACCOUCHEMENT.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE B SAGE-FEMME C AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE D PARENT/AMI E MATRONE F AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) PERSONNE Y	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE B SAGE-FEMME C AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE D PARENT/AMI E MATRONE F AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) PERSONNE Y

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE														
430	<p>Où avez-vous accouché de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11 (PASSEZ À 434) ←</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL PUBLIC 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PUBLIC 22</p> <p>POSTE DE SANTÉ PUBLIC 23</p> <p>AUTRE SECTEUR MEDICAL PUBLIC 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 434) ←</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11 (PASSEZ À 434) ←</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL PUBLIC 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PUBLIC 22</p> <p>POSTE DE SANTÉ PUBLIC 23</p> <p>AUTRE SECTEUR MEDICAL PUBLIC 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 434) ←</p>														
431	<p>Combien de temps après l'accouchement de (NOM) êtes-vous restée là ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>SEMAINES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS 998</p>															
432	<p>Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne, c'est-à-dire que l'on vous a ouvert le ventre pour faire sortir le bébé ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 (ALLEZ À 434) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 (ALLEZ À 434) ←</p>														
433	<p>Quand la décision de pratiquer une césarienne a-t-elle été prise ? Était-ce avant ou après le début des douleurs ?</p>	<p>AVANT 1</p> <p>APRÈS 2</p>	<p>AVANT 1</p> <p>APRÈS 2</p>														
434	<p>Est-ce que (NOM) a été posé sur votre poitrine, immédiatement après sa naissance ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 (ALLEZ À 434B) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 (ALLEZ À 459) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>														
434A	<p>Est-ce que la peau de (NOM) était en contact avec votre peau ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>														
434B	<p>VÉRIFIEZ 430: LIEU D'ACCOUCHEMENT</p>	<p>CODE</p> <p>11, 12, OR 96 <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 449) ←</p>															

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____						
435	Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu'un a vérifié votre état de santé pendant que vous étiez dans l'établissement ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 438) ←							
436	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ? SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.	HEURES 1 <table border="1" data-bbox="911 483 1050 539"><tr><td></td><td></td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" data-bbox="911 539 1050 595"><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAINES 3 <table border="1" data-bbox="911 595 1050 651"><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS 998							
437	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 PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21 PARENT/AMI 22 MATRONI. 23 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)							
438	Je voudrais maintenant vous parler d'examens de la santé de (NOM) après la naissance – par exemple, quelqu'un qui a examiné (NOM), qui a vérifié le cordon ombilical ou qui s'est assuré que (NOM) allait bien. Est-ce que quelqu'un a vérifié l'état de santé de (NOM) pendant que vous étiez encore dans l'établissement ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 441) ← NE SAIT PAS 8							
439	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen de (NOM) ? SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.	HEURES 1 <table border="1" data-bbox="911 1357 1050 1413"><tr><td></td><td></td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" data-bbox="911 1413 1050 1469"><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAINES 3 <table border="1" data-bbox="911 1469 1050 1525"><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS 998							

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____														
440	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE 12 SAGE-FEMME 13</p> <p>AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21 PARENT/AMI 22 MATRONI 23</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>															
441	<p>Je voudrais maintenant parler de ce qui s'est passé après que vous ayez quitté l'établissement. Est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé après que vous ayez quitté l'établissement ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 445) ←</p>															
442	<p>Combien de temps après l'accouchement a eu lieu cet examen ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>SEMAINES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS 998</p>															
443	<p>Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE 12 SAGE-FEMME 13</p> <p>AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21 PARENT/AMI 22 MATRONI 23</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>															

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____						
444	<p>Où a eu lieu l'examen ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON SA MAISON 11 AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL PUBLIC 21 CENTRE DE SANTÉ PUBLIC 22 POSTE DE SANTÉ PUBLIC 23 AUTRE SECTEUR MEDICAL PUBLIC 26 _____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36 _____ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96 _____ (PRÉCISEZ)</p>							
445	<p>Je voudrais parler des examens de l'état de santé de (NOM) après votre départ de (ÉTABLISSEMENT À 430). Est-ce-qu'un prestataire de santé ou une accoucheuse traditionnelle a vérifié l'état de santé de (NOM) dans les deux mois après votre départ de (ÉTABLISSEMENT À 430) ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 _____ (ALLEZ À 457) ← NE SAIT PAS 8</p>							
446	<p>Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), cet examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1 <table border="1" data-bbox="911 1245 1050 1301"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1" data-bbox="911 1301 1050 1357"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>SEMAINES 3 <table border="1" data-bbox="911 1357 1050 1413"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS 998</p>							
447	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE 12 SAGE-FEMME 13</p> <p>AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21 PARENT/AMI 22 MATRONI 23</p> <p>AUTRE 96 _____ (PRÉCISEZ)</p>							

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
448	<p>Où a eu lieu l'examen de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL PUBLIC 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PUBLIC 22</p> <p>POSTE DE SANTÉ PUBLIC 23</p> <p>AUTRE SECTEUR MEDICAL PUBLIC 26</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>(ALLEZ À 457) ←</p>	
449	<p>Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu'un a vérifié votre état de santé après la naissance de (NOM) ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 453) ←</p>	
450	<p>Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1</p> <p>JOURS 2</p> <p>SEMAINES 3</p> <p>NE SAIT PAS 998</p>	
451	<p>Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN 11</p> <p>INFIRMIÈRE 12</p> <p>SAGE-FEMME 13</p> <p>AUTRE PERSONNEL</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21</p> <p>PARENT/AMI 22</p> <p>MATRONI 23</p> <p>AUTRE 96</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____						
452	<p>Où a eu lieu ce premier examen ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON SA MAISON 11 AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL PUBLIC 21 CENTRE DE SANTÉ PUBLIC 22 POSTE DE SANTÉ PUBLIC 23 AUTRE SECTEUR MEDICAL PUBLIC 26 _____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36 _____ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96 _____ (PRÉCISEZ)</p>							
453	<p>Je voudrais vous parler des examens qui ont été faits pour vérifier l'état de santé de (NOM) après l'accouchement – par exemple, est-ce que quelqu'un a examiné (NOM), vérifié le cordon ou s'est assuré que (NOM) allait bien. Dans les deux mois après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de santé ou une accoucheuse traditionnelle a vérifié l'état de santé de (NOM) ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 _____ (ALLEZ À 457) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>							
454	<p>Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), ce premier examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES APRÈS NAISSANCE .. 1 <table border="1" data-bbox="911 1301 1050 1352"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>JOURS APRÈS NAISSANCE .. 2 <table border="1" data-bbox="911 1352 1050 1404"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>SEMAINES APRÈS NAISSANCE .. 3 <table border="1" data-bbox="911 1404 1050 1456"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS 998</p>							
455	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE 12 SAGE-FEMME 13</p> <p>AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21 PARENT/AMI 22 MATRONI 23</p> <p>AUTRE 96 _____ (PRÉCISEZ)</p>							

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____																																
456	<p>Où a eu lieu le premier examen de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON SA MAISON 11 AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL PUBLIC 21 CENTRE DE SANTÉ PUBLIC 22 POSTE DE SANTÉ PUBLIC 23 AUTRE SECTEUR MEDICAL PUBLIC 26 _____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36 _____ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96 _____ (PRÉCISEZ)</p>																																	
457	<p>Au cours des deux jours suivant la naissance de (NOM), est-ce qu'un prestataire de santé a fait l'une des choses suivantes ?</p> <p>a) Examiné le cordon ?</p> <p>b) Vérifié la température de (NOM) ?</p> <p>c) Vous a conseillé sur les signes de danger chez les nouveau-nés ?</p> <p>d) Vous a conseillé sur l'allaitement ?</p> <p>e) Observé (NOM) en train d'être allaité ?</p> <p>f) Vous a conseillé sur l'alimentation des enfants ?</p> <p>g) Vous a conseillé sur la vaccination des enfants ?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) CORDON</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) TEMP</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) SIGNES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) CONSEIL ALLAI-TEMENT ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) OBSERVÉ ALLAI-TEMENT ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f) CONSEIL ALLIM-MENT ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>g) CONSEIL VACCINATION ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) CORDON	1	2	8	b) TEMP	1	2	8	c) SIGNES	1	2	8	d) CONSEIL ALLAI-TEMENT ..	1	2	8	e) OBSERVÉ ALLAI-TEMENT ..	1	2	8	f) CONSEIL ALLIM-MENT ..	1	2	8	g) CONSEIL VACCINATION ..	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																																
a) CORDON	1	2	8																																
b) TEMP	1	2	8																																
c) SIGNES	1	2	8																																
d) CONSEIL ALLAI-TEMENT ..	1	2	8																																
e) OBSERVÉ ALLAI-TEMENT ..	1	2	8																																
f) CONSEIL ALLIM-MENT ..	1	2	8																																
g) CONSEIL VACCINATION ..	1	2	8																																
458	<p>Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ?</p>	<p>OUI 1 } (ALLEZ À 460) ←</p> <p>NON 2 } (ALLEZ À 461) ←</p>																																	
459	<p>Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ?</p>		<p>OUI 1 NON 2 } (ALLEZ À 463) ←</p>																																
460	<p>Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ?</p>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>																																
461	<p>VÉRIFIEZ 226: L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ENCEINTE ?</p>	<p>PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 463) ←</p>																																	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
462	Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 464) ←	
463	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
464	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI 1 (ALLEZ À 466) ← NON 2	OUI 1 NON 2
465	VÉRIFIEZ 404: L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 470) ← (ALLEZ À 471) ←	
466	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ? SI MOINS D'1 HEURE, INSCRIVEZ '00' HEURE; SI MOINS DE 24 HEURES, INSCRIVEZ EN HEURES; SINON, EN JOURS.	IMMÉDIATEMEN 000 HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	
467	Dans les trois premiers jours après la naissance, est-ce que (NOM) a reçu autre chose à boire que le lait maternel ?	OUI 1 NON 2	
468	VÉRIFIEZ 404: L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 471) ←	VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 471) ←
469	Allaitiez-vous encore (NOM) ?	OUI 1 NON 2	
470	(NOM) a-t-il bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
471		RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 472.	RETOURNEZ À 405 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 472.

FISTULE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À		
472	<p>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.</p> <p>Avez-vous déjà eu, en permanence, durant le jour et la nuit, des pertes urinaires ou fécales par le vagin ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 474		
473	Avez-vous déjà entendu parler de ce problème ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 501A		
474	Est-ce que ce problème a commencé après un accouchement ou une fausse-couche ?	<p>APRÈS UN ACCOUCHEMENT 1</p> <p>APRÈS UNE FAUSSE-COUCHE 2</p> <p>NI L'UN NI L'AUTRE 3</p>	→ 476		
475	Est-ce que ce problème a commencé après un travail et un accouchement normaux ou après un travail et un accouchement très difficiles ?	<p>TRAVAIL/ACCOUCHEM. NORMAL 1</p> <p>ACCOUCHEM. TRÈS DIFFICILE 2</p>	→ 477		
476	Selon vous, qu'est-ce qui a causé ce problème ?	<p>AGRESSION SEXUELLE 1</p> <p>OPÉRATION DU PELVIS 2</p> <p>AUTRE 6</p> <p style="text-align: center;">(SPECIFY)</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→ 478		
477	Combien de jours après (CAUSE DU PROBLÈME DE 474 OU 476) les pertes ont-elles commencé ?	<p>NOMBRE DE JOURS APRÈS ACCOUCHE/AUTRE ÉVÈNEM.</p>	<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>		
478	Avez-vous recherché un traitement pour ce problème ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 480		
479	<p>Pourquoi n'avez-vous pas recherché de traitement ?</p> <p>INSISTEZ ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>NE SAVAIT PAS QU'ON POUVAIT RÉPARER A</p> <p>NE SAVAIT PAS OÙ ALLER B</p> <p>TROP CHER C</p> <p>TROP ÉLOIGNÉ D</p> <p>MAUVAISE QUALITÉ DES SOINS E</p> <p>N'A PAS PU OBTENIR PERMISSION F</p> <p>GÊNÉE G</p> <p>PROBLÈME A DISPARU H</p> <p>AUTRE X</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p>	→ 501A		

FISTULE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
480	Après 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 ASSOCIATION ASSOC 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
481	Avez-vous eu une opération pour résoudre le problème ?	OUI 1 NON 2	→ 501A
482	Est-ce-que le traitement a stoppé complètement les pertes ? SI NON : Est-ce que le traitement à réduit les pertes ?	OUI, PERTES STOPPÉES COMPLÈTEMENT 1 PERTES NON STOPPÉES MAIS RÉDUITES 2 PERTES PAS STOPPÉES DU TOUT 3	

SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
501A	VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES : UNE NAISSANCE EN 2018-2021? AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> UNE NAISSANCE OU PLUS EN <input type="checkbox"/> 2018-2021 ↓	 AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> → 648 AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> EN 2018-2021 → 601	
502A	INSCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DU DERNIER ENFANT NÉ EN 2018-2021. NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE _____ NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>		
503A	VÉRIFIEZ 216 POUR ENFANT: VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>		→ 501B
504A	Avez-vous un carnet de santé de l'enfant, ou un carnet mère enfant, ou un autre document où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, A SEULEMENT UN CARNET DE SANTÉ DE L'ENFANT 1 OUI, A UN CARNET DE SANTÉ MÈRE ENFANT 2 OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT ... 3 OUI, A UN CARNET ET UN AUTRE DOCUMENT ... 4 NON, PAS DE CARNET ET PAS D'AUTRE DOCUMENT 5	<input type="checkbox"/> → 507A → 507A
505A	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ?	OUI 1 NON 2	
506A	VÉRIFIEZ 504A: CODE '3' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE '5' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>		→ 511A
507A	Puis-je voir le carnet ou un autre document sur lequel les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, SEULEMENT CARNET DE SANTÉ DE L'ENFANT VU 1 OUI, CARNET DE SANTÉ MÈRE ENFANT VU 2 OUI, SEULEMENT AUTRE DOCUMENT VU ... 3 OUI, CARNET ET AUTRE DOCUMENT VUS ... 4 NI CARNET NI AUTRE DOCUMENT VUS 5	→ 511A

SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

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

SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
511A	(NOM) a-t-il/elle déjà eu des vaccins pour lui éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne ou de journées de vaccination ou de journées de la santé de l'enfant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 525A
512A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans l'avant bras gauche qui laisse habituellement une cicatrice ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
514A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin oral contre la polio, c'est-à-dire deux gouttes dans la bouche pour éviter la polio ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 517A
515A	Est-ce que (NOM) a reçu le premier vaccin oral contre la polio dans les deux premières semaines après sa naissance ou plus tard ?	DEUX PREMIÈRES SEMAINES 1 PLUS TARD 2	
516A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin oral contre la polio ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
516A1	La dernière fois que (NOM) a reçu des gouttes dans la bouche contre la polio, est-ce (NOM) a aussi reçu une injection de VPI dans la cuisse pour le/la protéger contre la polio ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
517A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin Pentavalent c'est-à-dire une injection dans la cuisse gauche, donné parfois en même temps que les gouttes du vaccin contre la polio ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 519A
518A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin Pentavalent ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	

SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																
	NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>																	
519A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le pneumocoque, c'est-à-dire une injection dans la cuisse droite pour éviter la pneumonie ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 521A																
520A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le pneumocoque ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>																	
521A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le rotavirus, c'est-à-dire un liquide dans la bouche pour éviter la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 523A																
522A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le rotavirus ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>																	
523A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la rougeole, c'est-à-dire une injection dans le bras droit à l'âge de 9 mois ou plus pour lui éviter la rougeole ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																	
525A	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) : a) UN MÉLANGE EN POUDRE DE MICRONUTRIMENTS (ZAZA TOMADY) ? b) D'ALIMENTS THÉRAPEUTIQUES PRÊTS À L'EMPLOI COMME PLUMPY NUT ? c) DE COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES PRÊTS À L'EMPLOI COMME PLUMPY DOZ, Koba AINA, Koba FENOHERY ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> <th style="text-align: center;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) ZAZA TOMADY</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>b) PLUMPY NUT</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>c) PLUMPY DOZ, Koba AINA, Koba FENOHERY</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) ZAZA TOMADY	1	2	8	b) PLUMPY NUT	1	2	8	c) PLUMPY DOZ, Koba AINA, Koba FENOHERY	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
a) ZAZA TOMADY	1	2	8																
b) PLUMPY NUT	1	2	8																
c) PLUMPY DOZ, Koba AINA, Koba FENOHERY	1	2	8																
526A	Avez-vous fait le suivi de la croissance de (NOM) ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 529A																
527A	Où êtes-vous allés pour faire le suivi de la croissance de (NOM) ?	CENTRE DE SANTÉ 1 SITE DE COMMUNAUTAIRE 2 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)																	
528A	Avez-vous reçu un conseil sur l'allaitement ou sur l'alimentation de (NOM) pendant votre séance de suivi de croissance ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																	
529A	CONTINUEZ AVEC 501B.																		

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

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
501B	VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES: D'AUTRES NAISSANCES EN 2018-2021? D'AUTRES NAISSANCES EN 2018-2021 <input type="checkbox"/>	PLUS DE NAISSANCE EN 2018-2021 <input type="checkbox"/>	→ 601
502B	INSCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DE L'AVANT-DERNIER ENFANT NÉ EN 2018-2021. NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
503B	VÉRIFIEZ 216 POUR ENFANT ENFANT: VIVANT <input type="checkbox"/>	DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	→ 526B
504B	Avez-vous un carnet de santé de l'enfant, ou un carnet mère enfant, ou un autre document où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, A SEULEMENT UN CARNET DE SANTÉ DE L'ENFANT 1 OUI, A UN CARNET DE SANTÉ MÈRE ENFANT 2 OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT ... 3 OUI, A UN CARNET ET UN AUTRE DOCUMENT' .. 4 NON, PAS DE CARNET ET PAS D'AUTRE DOCUMENT 5	→ 507B → 507B
505B	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ?	OUI 1 NON 2	
506B	VÉRIFIEZ 504B: CODE '3' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE '5' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	→ 511B
507B	Puis-je voir le carnet ou un autre document sur lequel les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, SEULEMENT CARNET DE SANTÉ DE L'ENFANT VU 1 OUI, CARNET DE SANTÉ MÈRE ENFANT VU 2 OUI, SEULEMENT AUTRE DOCUMENT VU ... 3 OUI, CARNET ET AUTRE DOCUMENT VUS ... 4 NI CARNET NI AUTRE DOCUMENT VUS 5	→ 511B

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

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	

508B	<p>COPIEZ LES DATES DU CARNET DE VACCINATION. INSCRIVEZ '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET MONTRE QU'UNE DOSE A ÉTÉ DONNÉE MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE.</p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">JOUR</th> <th colspan="2">MOIS</th> <th colspan="2">ANNÉE</th> </tr> <tr> <th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCOQUE-PCV 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCOQUE-PCV 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCOQUE-PCV 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VAR</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		JOUR		MOIS		ANNÉE								BCG							VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)							DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1							VACCIN POLIO ORAL 1							PNEUMOCOQUE-PCV 1							ROTAVIRUS 1							DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2							VACCIN POLIO ORAL 2							PNEUMOCOQUE-PCV 2							ROTAVIRUS 2							DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3							VACCIN POLIO ORAL 3							PNEUMOCOQUE-PCV 3							VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI)							VAR							VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)							
	JOUR			MOIS		ANNÉE																																																																																																																										
BCG																																																																																																																																
VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)																																																																																																																																
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1																																																																																																																																
VACCIN POLIO ORAL 1																																																																																																																																
PNEUMOCOQUE-PCV 1																																																																																																																																
ROTAVIRUS 1																																																																																																																																
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2																																																																																																																																
VACCIN POLIO ORAL 2																																																																																																																																
PNEUMOCOQUE-PCV 2																																																																																																																																
ROTAVIRUS 2																																																																																																																																
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3																																																																																																																																
VACCIN POLIO ORAL 3																																																																																																																																
PNEUMOCOQUE-PCV 3																																																																																																																																
VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI)																																																																																																																																
VAR																																																																																																																																
VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)																																																																																																																																

509B	<p>VÉRIFIEZ 508B: 'BCG' À VAR TOUT ENREGISTRÉ ?</p> <p align="center">NON <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/></p> <p align="center">OUI <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/></p>		→ 525B
------	---	--	--------

510B	<p>En plus de ce qui est inscrit (sur ce/ces documents), (NOM) a-t-il/elle eu d'autres vaccins, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne de vaccination, de journées de vaccination ou de journées sur la santé de l'enfant ?</p> <p>INSCRIVEZ 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE AU MOINS UNE DES VACCINATIONS À 508B QUI N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE COMME AYANT ÉTÉ DONNÉE.</p>	<p>OUI 1</p> <p>(INSISTEZ POUR LES VACCINATIONS ET INSCRIVEZ '66' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE À 508B. NOTEZ '00' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE POUR TOUTES LES VACCINATIONS NON DONNÉES)</p> <p>(PUIS ALLEZ À 525B)</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> <p>(NOTEZ '00' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE POUR TOUTES LES VACCINATIONS NON DONNÉES)</p> <p>(PUIS ALLEZ À 525B)</p>	
------	---	---	--

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

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
511B	(NOM) a-t-il/elle déjà eu des vaccins pour lui éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne ou de journées de vaccination ou de journées de la santé de l'enfant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 525B
512B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans l'avant bras gauche qui laisse habituellement une cicatrice ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
514B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin oral contre la polio, c'est-à-dire deux gouttes dans la bouche pour éviter la polio ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 517B
515B	Est-ce que (NOM) a reçu le premier vaccin oral contre la polio dans les deux premières semaines après sa naissance ou plus tard ?	DEUX PREMIÈRES SEMAINE! 1 PLUS TARD 2	
516B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin oral contre la polio ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
516B1	La dernière fois que (NOM) a reçu des gouttes dans la bouche contre la polio, est-ce (NOM) a aussi reçu une injection de VPI dans la cuisse le/la protéger contre la polio ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
517B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin Pentavalent c'est-à-dire une injection dans la cuisse gauche, donné parfois en même temps que les gouttes du vaccin contre la polio ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 519B
518B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin Pentavalent ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	

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

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
519B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le pneumocoque, c'est-à-dire une injection dans la cuisse droite pour éviter la pneumonie ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 521B
520B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le pneumocoque ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
521B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le rotavirus, c'est-à-dire un liquide dans la bouche pour éviter la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 523B
522B	Combien de fois (NOM) a-t-il reçu le vaccin contre le rotavirus ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
523B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la rougeole, c'est-à-dire une injection dans le bras droit à l'âge de 9 mois ou plus pour lui éviter la rougeole ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
525B	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) :	OUI NON NSP	
	a) UN MÉLANGE EN POUDRE DE MICRONUTRIMENTS (ZAZA TOMADY) ?	a) ZAZA TOMADY 1 2 8	
	b) D'ALIMENTS THÉRAPEUTIQUES PRÊTS À L'EMPLOI COMME PLUMPY NUT ?	b) PLUMPY NUT 1 2 8	
	c) DE COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES PRÊTS À L'EMPLOI COMME PLUMPY DOZ, KOBA AINA, KOBA FENOHERY ?	c) PLUMPY DOZ, KOBA AINA, KOBA FENOHERY 1 2 8	
526B	Avez-vous fait le suivi de la croissance de (NOM) ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 529B
527B	Où êtes-vous allés pour faire le suivi de la croissance de (NOM) ?	CENTRE DE SANTÉ 1 SITE DE COMMUNAUTAIRE 2 AUTRE _____ (PRÉCISEZ) 6	
528B	Avez-vous reçu un conseil sur l'allaitement ou sur l'alimentation de (NOM) pendant votre séance de suivi de croissance ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
529B	VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES: D'AUTRES NAISSANCES EN 2018-2021? AUTRES NAISSANCES EN 2018-2021 <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 502B DANS UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE) ←	PAS D'AUTRES NAISSANCES EN 2018-2021 <input type="checkbox"/> →	→ 601

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

601	<p>VÉRIFIEZ 224:</p> <p style="text-align: center;">UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2016-2021 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">AUCUNE NAISSANCE EN 2016-2021 <input type="checkbox"/> → 648</p>	
602	<p>VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES À 603 ET LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE À 604 POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2016-2021. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. S'IL Y A PLUS DE NAISSANCES, UTILISEZ LA DERNIÈRE COLONNE D'UN/DES QUESTIONNAIRES ADDITIONNEL(S).</p> <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).</p>	
603	<p>NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES</p> <p style="text-align: center;">DERNIÈRES NAISSANCE NUMÉRO L'HISTORIQUE DES NAISSANCES</p> <p style="text-align: center;">..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO L'HISTORIQUE DES NAISSANCES</p> <p style="text-align: center;">..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>
604	<p>DE 212 ET 216:</p> <p>NOM _____</p> <p>VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">(ALLEZ À 646) ←</p>	<p>NOM _____</p> <p>VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">(ALLEZ À 646) ←</p>
605	<p>Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) une dose de vitamine A comme [celle-ci/l'une de celles-ci] ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS AMPOULES/GÉLULES/SIROP.</p> <p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>
606	<p>Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) des comprimés de fer, des granules ou du sirop contenant du fer comme [celui-ci/l'un de ceux-ci] ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS DE COMPRIMÉS, GRANULES OU</p> <p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>
607	<p>Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) des médicaments contre les vers intestinaux ?</p> <p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>
608	<p>(NOM) a-t-il eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?</p> <p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p> <p style="text-align: center;">(ALLEZ À 618) ←</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p> <p style="text-align: center;">(ALLEZ À 618) ←</p>

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

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

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
612	<p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL PUBLIC A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PUBLIC B</p> <p>POSTE DE SANTÉ PUBLIC C</p> <p>CLINIQUE MOBILE D</p> <p>AGENT DE SANTÉ\ AGENT COMMUNAUTAIRE E</p> <p>AUTRE SECTEUR MEDICAL PUBLIC F</p> <p>_____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G</p> <p>PHARMACIE H</p> <p>CABINET MÉDICAL/ MÉDECIN PRIVÉ I</p> <p>CLINIQUE MOBILE J</p> <p>AGENT DE SANTÉ K</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ L</p> <p>_____ L</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE M</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL N</p> <p>MARCHÉ O</p> <p>VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS P</p> <p>AUTRE X</p> <p>_____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL PUBLIC A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PUBLIC B</p> <p>POSTE DE SANTÉ PUBLIC C</p> <p>CLINIQUE MOBILE D</p> <p>AGENT DE SANTÉ\ AGENT COMMUNAUTAIRE E</p> <p>AUTRE SECTEUR MEDICAL PUBLIC F</p> <p>_____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G</p> <p>PHARMACIE H</p> <p>CABINET MÉDICAL/ MÉDECIN PRIVÉ I</p> <p>CLINIQUE MOBILE J</p> <p>AGENT DE SANTÉ K</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ L</p> <p>_____ L</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE M</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL N</p> <p>MARCHÉ O</p> <p>VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS P</p> <p>AUTRE X</p> <p>_____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>
613	VÉRIFIEZ 612:	<p>DEUX CODES SEULEMENT</p> <p>OU UN <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS CODE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCERCLÉ ENCECLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> (ALLEZ À 615) ←</p>	<p>DEUX CODES SEULEMENT</p> <p>OU UN <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS CODE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCERCLÉS ENCECLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> (ALLEZ À 615) ←</p>
614	<p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 612.</p>	PREMIER ENDROIT <input type="checkbox"/>	PREMIER ENDROIT <input type="checkbox"/>

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE										
		NOM _____				NOM _____									
615	<p>Avez-vous donné à (NOM) les choses suivantes à n'importe quel moment dès qu'il/elle a commencé à avoir la</p> <p>a) Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé ODIVA ?</p> <p>b) Un liquide SRO préconditionné ?</p> <p>c) Un liquide maison recommandé par le gouvernement (IRAY SY VALO) ?</p> <p>d) Du zinc, en comprimés ou en sirop ?</p>		OUI	NON	NSP		OUI	NON	NSP						
		a) LIQUIDE ODIVA ..	1	2	8	a) LIQUIDE ODIVA ..	1	2	8						
		b) LIQUIDE SRC ..	1	2	8	b) LIQUIDE SRC ..	1	2	8						
		c) LIQUIDE MAISON ..	1	2	8	c) LIQUIDE MAISON ..	1	2	8						
		d) ZINC	1	2	8	d) ZINC	1	2	8						
616	<p>VÉRIFIEZ 615:</p> <p>UN 'OUI' <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>a) A-t-on donné quelque chose d'autre pour traiter la diarrhée ?</p> <p>TOUT 'NON' OU 'NSP' <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>b) A-t-on donné quelque chose pour traiter la diarrhée ?</p>		OUI	NON	NE SAIT PAS		OUI	NON	NE SAIT PAS						
			1	2	8		1	2	8						
			(ALLEZ À 618) ←				(ALLEZ À 618) ←								
617	<p>VÉRIFIEZ 615:</p> <p>UN 'OUI' <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>a) Qu'a t-on donné d'autre pour traiter la diarrhée ?</p> <p>Rien d'autre ?</p> <p>TOUT 'NO' OU 'NSP' <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>b) Qu'a t-on donné pour traiter la diarrhée ?</p> <p>Rien d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUS LES</p>	<p>COMPRIMÉ OU SIROP</p> <p>ANTIBIOTIQUE A</p> <p>ANTIMOTILITÉ B</p> <p>AUTRE (NON ANTIBIOTIQUE OU ANTIMOTILITÉ) C</p> <p>COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU D</p> <p>INJECTION</p> <p>ANTIBIOTIQUE E</p> <p>NON-ANTIBIOTIQUE F</p> <p>D INCONNUE G</p> <p>(IV) INTRAVEINEUSE H</p> <p>REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES I</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	<p>COMPRIMÉ OU SIROP</p> <p>ANTIBIOTIQUE A</p> <p>ANTIMOTILITÉ B</p> <p>AUTRE (NON ANTIBIOTIQUE OU ANTIMOTILITÉ) C</p> <p>COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU D</p> <p>INJECTION</p> <p>ANTIBIOTIQUE E</p> <p>NON-ANTIBIOTIQUE F</p> <p>INJECTION INCONNUE G</p> <p>(IV) INTRAVEINEUSE H</p> <p>REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES I</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>												
618	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	OUI	1	NON	2	NE SAIT PAS	8	OUI	1	NON	2	NE SAIT PAS	8		
			(ALLEZ À 620) ←				(ALLEZ À 620) ←								
619	À n'importe quel moment au cours de sa maladie, est-ce qu'on a pris à (NOM) du sang de son doigt ou de son talon ?	OUI	1	NON	2	NE SAIT PAS	8	OUI	1	NON	2	NE SAIT PAS	8		
			(ALLEZ À 620) ←				(ALLEZ À 620) ←								
619A	Quel a été le résultat ?	POSITIF	1	NEGATIF	2	NON PARTAGE	3	POSITIF	1	NEGATIF	2	NON PARTAGE	3	NE SAIT PAS	8
620	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	NE SAIT PAS	8	OUI	1	NON	2	NE SAIT PAS	8		
621	Est-ce que (NOM) a eu un souffle court et rapide ou avait-il/elle des difficultés pour respirer à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	OUI	1	NON	2	NE SAIT PAS	8	OUI	1	NON	2	NE SAIT PAS	8		
			(ALLEZ À 623) ←				(ALLEZ À 623) ←								

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
622	Est-ce que ce souffle rapide ou ces difficultés pour respirer étaient dus à un problème de bronche ou à un nez bouché ou qui coulait ?	BRONCHE SEULEMEN 1 NEZ SEULEMEN 2 LES DEUX 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 624) ←	BRONCHE SEULEMEN 1 NEZ SEULEMEN 2 LES DEUX 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 624) ←
623	VÉRIFIEZ 618: A EU DE LA FIÈVRE ?	OUI <input type="checkbox"/> NON OU NSP <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ←	OUI <input type="checkbox"/> NON OU NSP <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ←
624	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 629) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 629) ←
625	Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ? Quelque part ailleurs ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL PUBLIC A CENTRE DE SANTÉ PUBLIC B POSTE DE SANTÉ PUBLIC C CLINIQUE MOBILE D AGENT DE SANTÉ/ AGENT COMMUNAUTAIRE E AUTRE SECTEUR MEDICAL PUBLIC _____ F (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G PHARMACIE H CABINET MÉDICAL/ MÉDECIN PRIVÉ I CLINIQUE MOBILE J AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ K (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE BOUTIQUE L PRATICIEN TRADITIONNEL M MARCHÉ N VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS O AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL PUBLIC A CENTRE DE SANTÉ PUBLIC B POSTE DE SANTÉ PUBLIC C CLINIQUE MOBILE D AGENT DE SANTÉ/ AGENT COMMUNAUTAIRE E AUTRE SECTEUR MEDICAL PUBLIC _____ F (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G PHARMACIE H CABINET MÉDICAL/ MÉDECIN PRIVÉ I CLINIQUE MOBILE J AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ K (PRÉCISEZ) OTHER SOURCE BOUTIQUE L PRATICIEN TRADITIONNEL M MARCHÉ N VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS O AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)
626	VÉRIFIEZ 625:	DEUX CODES OU PLUS ENCERCLÉS <input type="checkbox"/> SEULEMENT UN CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 628) ←	DEUX CODES OU PLUS ENCERCLÉS <input type="checkbox"/> SEULEMENT UN CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 628) ←

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
627	Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ? UTILISEZ LES CODES LETTRES DE	PREMIER ENDROIT <input type="checkbox"/>	PREMIER ENDROIT <input type="checkbox"/>
628	Combien de jours après le début de la maladie, avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour (NOM) ? SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/>
629	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 646) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 646) ← NE SAIT PAS 8
630	Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ? Aucun autre médicament ? INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ANTIPALUDIQUES COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (CTA) A SP/FANSIDAR B CHLOROQUINE C AMODIAQUINE D COMPRIMÉS QUININE E INJECTION/IV F ARTESUNATE VOIE RECTALE G INJECTION/IV H INJECTION/IV AUTRE ANTIPALUDIQUE _____ I (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROF J INJECTION/IV K AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE L ACETAMINOPHEN/ PARACETAMOL M IBUPROFEN N AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDIQUES COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (CTA) A SP/FANSIDAR B CHLOROQUINE C AMODIAQUINE D COMPRIMÉS QUININE E INJECTION/IV F ARTESUNATE VOIE RECTALE G INJECTION/IV H AUTRE ANTIPALUDIQUE _____ I (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROF J INJECTION/IV K AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE L ACETAMINOPHEN PARACETAMOL M IBUPROFEN N AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z
631	VÉRIFIEZ 630: Y A-T-IL UN CODE A-I ENCERCLÉ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 646) ←	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 646) ←

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
632	VÉRIFIEZ 630: COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE ('A') DONNÉE	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'A' NON ENCERCLÉ NON <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ (ALLEZ À 634) ←	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'A' NON ENCERCLÉ NON <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ (ALLEZ À 634) ←
633	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre une combinaison à base d'artémisinine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
634	VÉRIFIEZ 630: SP/FANSIDAR ('B') DONNÉE	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'B' NON ENCERCLÉ NON <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ (ALLEZ À 636) ←	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'B' NON ENCERCLÉ NON <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ (ALLEZ À 636) ←
635	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la SP/Fansidar ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
636	VÉRIFIEZ 630: CHLOROQUINE ('C') DONNÉE	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'C' NON ENCERCLÉ NON <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ (ALLEZ À 638) ←	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'C' NON ENCERCLÉ NON <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ (ALLEZ À 638) ←
637	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la Chloroquine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
638	VÉRIFIEZ 630: AMODIAQUINE ('D') DONNÉE	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'D' NON ENCERCLÉ NON <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ (ALLEZ À 640) ←	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'D' NON ENCERCLÉ NON <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ (ALLEZ À 640) ←
639	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'amodiaquine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
640	VÉRIFIEZ 630: QUININE ('E' OU 'F') DONNÉE	CODE 'E' OU 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'E' OU 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 642) ←	CODE 'E' OU 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'E' OU 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 642) ←
641	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la quinine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
642	VÉRIFIEZ 630: ARTESUNATE ('G' OU 'H') DONNÉ	CODE 'G' OU 'H' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'G' OU 'H' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 644) ←	CODE 'G' OU 'H' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'G' OU 'H' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 644) ←
643	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'artésunate ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
644	VÉRIFIEZ 630: AUTRE ANTIPALUDIQUE ('I') DONNÉ	CODE 'I' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'I' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ←	CODE 'I' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE 'I' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ←
645	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre un (AUTRE ANTIPALUDIQUE) ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
646		RETOURNEZ À 604 À LA COLONNE SUIVANTE; OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 647.	RETOURNEZ À 604 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 647.

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
647	<p>VÉRIFIEZ 615(a) ET 615(b), TOUTES LES</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 D'UN SACHET SRO OU DU LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ <input type="checkbox"/></p>	→ 649
648	<p>Avez-vous entendu parler d'un produit spécial appelé ODIVA OU LES LIQUIDES SRO PRÉCONDITIONNÉS que vous pouvez obtenir pour le traitement de la diarrhée ?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>	
649	<p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES: NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2019-2021 VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/></p> <p>(NOM DU PLUS JEUNE ENFANT VIVANT AVEC ELLE)</p>	<p>AUCUN <input type="checkbox"/></p>	→ 655

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLEZ À
650	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les liquides et aliments que (NOM DE 649) a consommés hier pendant le jour ou la nuit. J'aimerais, en particulier, savoir si votre enfant a reçu le liquide ou l'aliment que je vais citer, même s'il était mélangé avec d'autres nourritures.</p> <p>a) De l'eau ?</p> <p>b) Des jus ou des boissons à base de fruit ?</p> <p>c) Du bouillon ?</p> <p>d) Du lait tel que du lait en boîte, en poudre ou du lait frais d'animal ? SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu du SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</p> <p>e) Du lait en poudre pour bébé ? SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu du lait en poudre pour bébé ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</p> <p>f) D'autres liquides ?</p> <p>g) Du yaourt/Habobo ? SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle mangé du yaourt ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</p> <p>h) Une préparation comme FARILAC, KOBA AINA, KOBA SOA, KOBA FENOHERY, ... ?</p> <p>i) Du pain, du riz, des pâtes, bouillie d'avoine ou autres préparations à base de céréales ?</p> <p>j) Des citrouilles, carottes, courges ou patates douces qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur ?</p> <p>k) Des pommes de terre blanches, ignames blanches, manioc, ou préparations à base de tubercules ?</p> <p>l) Des légumes à feuilles vert foncé ?</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>a) 1 2 8</p> <p>b) 1 2 8</p> <p>c) 1 2 8</p> <p>d) 1 2 8</p> <p>NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT <input type="text"/></p> <p>e) 1 2 8</p> <p>NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BUT DU LAIT EN POUDRE <input type="text"/></p> <p>f) 1 2 8</p> <p>g) 1 2 8</p> <p>NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A MANGÉ DU YAOURT <input type="text"/></p> <p>h) 1 2 8</p> <p>i) 1 2 8</p> <p>j) 1 2 8</p> <p>k) 1 2 8</p> <p>l) 1 2 8</p>			

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

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

SECTION 6. CONNAISSANCE ET CROYANCES

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		
655	Au cours des six derniers mois, avez-vous vu ou entendu des messages sur le paludisme ?	OUI	1	→ 657
		NON	2	
656	Où avez-vous vu ou entendu ces messages ? Quelque part d'autre ?	RADIO	A	
		TÉLÉVISION	B	
		POSTER/PANNEAU D’AFFICHAGE	C	
		JOURNAUX/MAGAZINE	D	
		BROCHURE	E	
		PRESTATAIRE DE SANTÉ	F	
		VISITE PAR AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE	G	
		RESAUX SOCIAUX/FACEBOOK	H	
		SMS DIFFUSION	I	
		THEATRE DE MARIONNETTES	J	
		RESPONSABLES COMMUNICATION INTER-PERSONNELLE (CIP)	K	
		RÉUNIONS/DISOURS DE LA COMMUNAUTÉ ...	L	
		QUELQUE PART D’AUTRE	X	
		(PRÉCISER)		
		NE SE SOUVIENT PAS	Z	
657	Au cours des six derniers mois, avez-vous vu ou entendu certains des messages suivants sur les MID ?	OUI	NON	
	a) Exposer à l’air les nouvelles MID pendant 24 h, avant l’utilisation	a) 1	2	
	b) Suspendre les MID, les étaler, les mettre sous le matelas ou la natte	b) 1	2	
	c) Laver les MID avec du savon en morceaux mais pas en poudre	c) 1	2	
	d) Étaler à l’ombre pour le séchage	d) 1	2	
	e) Racommoder en cas de déchirure ou trou	e) 1	2	
658	Y a-t-il des moyens d’éviter de contracter le paludisme ?	OUI	1	→ 660
		NON	2	
659	Quelles sont les choses que les gens peuvent faire pour éviter de contracter le paludisme ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	DORMIR SOUS UNE MOUSTIQUAIRE	A	
		DORMIR SOUS UNE MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D’INSECTICIDE	B	
		UTILISER DES PRODUITS REPULSIFS CONTRE LES MOUSTIQUES	C	
		PRENDRE DES MÉDICAMENTS PRÉVENTIFS ..	D	
		ASPERGER LA MAISON AVEC DE L’INSECTICIDE	E	
		RECOUVRIR LES EAUX STAGNANTES (FLAQUES)	F	
		GARDER LES ALENTOURS PROPRES	G	
		METTRE DES MOUSTIQUAIRES AUX FENÊTRES	H	
		AUTRE _____	X	
		(PRÉCISER)		
		NE SAIT PAS	Z	

SECTION 6. CONNAISSANCE ET CROYANCES

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	
660	Maintenant, je vais vous lire des déclarations et je voudrais que vous me disiez si vous êtes d'accord ou pas. Si vous ne savez pas, répondez, je ne sais pas. Dans cette communauté, les gens ont du paludisme seulement pendant la saison des pluies, êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?	D'ACCORD	1
		PAS D'ACCORD	2
		NE SAIT PAS/INCERTAIN	8
661	Quand un enfant a de la fièvre, est-ce que vous craigniez presque toujours que c'est du paludisme . Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?	D'ACCORD	1
		PAS D'ACCORD	2
		NE SAIT PAS/INCERTAIN	8
662	Vous ne craigniez pas le paludisme parce qu'on peut le traiter facilement Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?	D'ACCORD	1
		PAS D'ACCORD	2
		NE SAIT PAS/INCERTAIN	8
663	Seuls les enfants fragiles peuvent mourir du paludisme Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?	D'ACCORD	1
		PAS D'ACCORD	2
		NE SAIT PAS/INCERTAIN	8
664	Vous pouvez dormir sous une moustiquaire pendant une nuit entière quand il y a beaucoup de moustiques Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?	D'ACCORD	1
		PAS D'ACCORD	2
		NE SAIT PAS/INCERTAIN	8
665	Vous pouvez dormir sous une moustiquaire pendant une nuit entière quand il y a peu de moustiques Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?	D'ACCORD	1
		PAS D'ACCORD	2
		NE SAIT PAS/INCERTAIN	8
665A	Vous n'aimez pas dormir sous une moustiquaire quand le temps est trop chaud Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?	D'ACCORD	1
		PAS D'ACCORD	2
		NE SAIT PAS/INCERTAIN	8
666	Quand un enfant a de la fièvre, la meilleure chose à faire est de commencer à lui donner un médicament que j'ai à la maison . Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?	D'ACCORD	1
		PAS D'ACCORD	2
		NE SAIT PAS/INCERTAIN	8
667	Les gens dans votre communauté amènent généralement leur enfants à un prestataire de santé le jour même ou le jour qui suit le début de la fièvre Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?	D'ACCORD	1
		PAS D'ACCORD	2
		NE SAIT PAS/INCERTAIN	8
668	Les gens dans votre communauté qui ont une moustiquaire dorment généralement sous la moustiquaire chaque nuit. Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?	D'ACCORD	1
		PAS D'ACCORD	2
		NE SAIT PAS/INCERTAIN	8

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
701	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariée ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME 2 NON, PAS EN UNION 3	→ 704
702	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme comme si vous étiez mariée ?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME 2 NON 3	→ 712
703	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ?	VEUVE 1 DIVORCÉE 2 SÉPARÉE 3	→ 709
704	Est-ce que votre (mari/partenaire) vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs ?	VIT AVEC ELLE 1 VIT AILLEURS 2	
705	ENREGISTREZ LE NOM ET No DE LIGNE DU MARI/PARTENAIRE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, INSCRIVEZ '00'.	NOM _____ No LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	
706	Est-ce que votre (mari/partenaire) a d'autres épouses ou vit-il avec d'autres femmes comme s'il était marié ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 709
707	En tout, y compris vous-même, combien a-t-il d'épouses ou de partenaires avec qui il vit comme s'il était marié ?	NOMBRE TOTAL D'ÉPOUSES ET DE FEMMES AVEC QUI IL VIT COMME EN UNION <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
708	Êtes-vous la première, deuxième, ... épouse ?	RANG <input type="text"/> <input type="text"/>	
709	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une seule fois ou plus d'une fois ?	SEULEMENT UNE FOIS 1 PLUS D'UNE FOIS 2	
710	VÉRIFIEZ 709: MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/> ↓ a) En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (mari/partenaire) ? MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> ↓ b) Je voudrais maintenant vous parler de votre premier (mari/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	→ 712
711	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui pour la première fois ?	ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
712	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
713	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains aspects importants de la vie. Je voudrais vous assurer de nouveau que vos réponses sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels ?	N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS 00 ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 731
714	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la dernière fois ? SI MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS. SI 12 MOIS (UNE ANNÉE) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	IL Y A DES JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A DES SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A DES MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A DES ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 716 → 727

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL																																																
715	Quand avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne pour la dernière fois ?		IL Y A JOURS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A SEMAINE 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A MOIS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>													IL Y A JOURS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A SEMAINE 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A MOIS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																																				
716	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne, un condom a-t-il été utilisé ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 718) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 718) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 718) ←																																																
717	Un condom a-t-il été utilisé chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2																																																
718	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ? SI PETIT AMI : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariés ? SI OUI, ENCERCLEZ '2' SI NON, ENCERCLEZ '3'	MARI 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE .. 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE .. 4 CLIENT/PROSTITUÉE .. 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	MARI 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE .. 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE .. 4 CLIENT/PROSTITUÉE .. 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	MARI 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE .. 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE .. 4 CLIENT/PROSTITUÉE .. 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)																																																
719	Il y a combien de temps que vous avez eu vos premiers rapports sexuels avec cette personne ?	IL Y A JOURS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A SEMAINES 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A MOIS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A ANNÉES 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																	IL Y A JOURS . 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A SEMAINES 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A MOIS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A ANNÉES 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																	IL Y A JOURS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A SEMAINES 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A MOIS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A ANNÉES 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

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

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
724	VÉRIFIEZ 106: ÂGE 15-24 <input type="checkbox"/>	ÂGE 25-49 <input type="checkbox"/>	→ 727
725	VÉRIFIEZ 701: PAS EN UNION <input type="checkbox"/>	ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	→ 727
726	Au cours des 12 derniers mois avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un ou une relation sexuelle suivie avec quelqu'un parce qu'il vous a donné ou vous a dit qu'il vous donnerait des cadeaux, de l'argent, ou autre chose ?	OUI 1 NON 2	
727	En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ? DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE PARTENAIRES EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	NOMBRE DE PARTENAIRES DANS LA VIE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
728	VÉRIFIEZ 716, PARTENAIRE LE PLUS RÉCENT (PREMIÈRE COLONNE): OUI, <input type="checkbox"/> CONDOM A ÉTÉ UTILISÉ ↓	NON, <input type="checkbox"/> CONDOM N'A PAS ÉTÉ UTILISÉ QUESTION NON POSÉE <input type="checkbox"/>	→ 731 → 731
729	Vous avez dit que la dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, un condom avait été utilisé. Quelle était la marque du condom utilisée cette fois là ? SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR L'EMBALLAGE.	FIMAILO 01 KAPAOITY/KPOTY 02 YES 03 AUTRE 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À												
730	<p>Où vous étiez-vous procuré le condom la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL PUBLIC 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PUBLIC 12</p> <p>CLINIQUE DE PLANIFICATION FAMILIAI 13</p> <p>CLINIQUE MOBILE 14</p> <p>AGENT DE SANTÉ 15</p> <p>AUTRE SECTEUR MEDICAL PUBLIC</p> <p>_____ 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>PHARMACIE 22</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ 23</p> <p>CLINIQUE MOBILE 24</p> <p>AGENT DE SANTÉ 25</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE 31</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE 32</p> <p>AMIS/PARENTS 33</p> <p>PAIR EDUCATEUR 34</p> <p>HOTEL/MAISON DE PASSE 35</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>													
731	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES DANS CETTE SECTION	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS <10</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>HOMMES ADULTES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>FEMMES ADULTES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	ENFANTS <10	1	2	HOMMES ADULTES	1	2	FEMMES ADULTES	1	2	
	OUI	NON													
ENFANTS <10	1	2													
HOMMES ADULTES	1	2													
FEMMES ADULTES	1	2													

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

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

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
810	<p>VÉRIFIEZ 804:</p> <p>VEUT AVOIR UN/ <input type="checkbox"/> UN AUTRE ENFANT ↓</p> <p>PAS D'AUTRE/ <input type="checkbox"/> AUCUN ↓</p> <p>a) Vous avez dit que dans l'immédiat, vous ne souhaitez pas (un/un autre) enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>Est-il une autre</p> <p>b) Vous avez dit que vous ne souhaitez pas (plus) d'enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>Est-il une autre</p> <p>ENREGISTREZ TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p>	<p>PAS MARIÉE A</p> <p>RAISONS RELATIVES À LA FÉCONDITÉ</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS B</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS C</p> <p>MÉNOPAUSEL/HYSTÉRECTOMIE D</p> <p>NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE E</p> <p>PAS DE RÈGLES DEPUIS DERNIÈRE NAISSANCE F</p> <p>ALLAITE G</p> <p>FATALISTE H</p> <p>OPPOSITION À L'UTILISATION</p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉE I</p> <p>MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ J</p> <p>AUTRES OPPOSÉS K</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX L</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>NE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE M</p> <p>NE CONNAÎT AUCUN ENDROIT N</p> <p>RAISONS LIÉES À LA MÉTHODE</p> <p>EFFETS SECONDAIRES/ PROBLÈMES DE SANTÉ O</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP ÉLOIGNÉ P</p> <p>TROP CHER Q</p> <p>MÉTHODE PRÉFÉRÉE NON DISPONIBLE R</p> <p>AUCUNE MÉTHODE DISPONIBLE S</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER T</p> <p>INTERFÈRE AVEC LES FONCTIONS NORMALES DU CORPS U</p> <p>AUTRE X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
811	<p>VÉRIFIEZ 303: UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?</p> <p>PAS <input type="checkbox"/> POSÉE ↓ NON, N'UTILISE <input type="checkbox"/> PAS ACTUELLEMENT ↓ OUI, <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT → 813</p>		
812	<p>Pensez-vous que vous utiliserez, à un certain moment dans le futur, une méthode contraceptive pour retarder ou éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
813	<p>VÉRIFIEZ 216:</p> <p>A DES ENFANTS <input type="checkbox"/> VIVANTS ↓ AUCUN ENFANT <input type="checkbox"/> VIVANT ↓</p> <p>a) Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et que vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ?</p> <p>b) Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien en voudriez-vous ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.</p>	<p>AUCUN 00 → 815</p> <p>NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE 96 → 815 (PRÉCISEZ)</p>	
814	<p>Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?</p>	<p>GARÇONS FILLES PEU IMPORTE</p> <p>NOMBRE .. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ)</p>	

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
815	Au cours des derniers mois, avez-vous : a) Entendu parler de la planification familiale à la radio ? b) Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ? c) Lu quelque chose sur la planification familiale dans un journal ou magazine ? d) Lu un affichage sur un panneau sur la planification familiale ?	OUI NON a) RADIO 1 2 b) TÉLÉVISION 1 2 c) JOURNAL OU MAGAZINE 1 2 d) AFFICHAGE PANNEAU 1 2	
816	Au cours des derniers mois, avez-vous vu les messages suivants sur la planification familiale dans les médias ? a) Pour améliorer la situation de votre famille, planifier votre naissance. b) Il existe différents types des méthodes de planification familiale, allez dans les centres de santé ou les agents communautaires pour avoir plus d'information. c) Planification familiale, ma responsabilité car c'est ma vie.	OUI NON a) PLANIFIER VOTRE NAISSANCE 1 2 b) AVOIR PLUS D'INFORMATION 1 2 c) C'EST MA VIE 1 2	
817	VÉRIFIEZ 701: OUI, <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT EN UNION OUI, <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME NON, <input type="checkbox"/> PAS EN UNION		→ 901
818	VÉRIFIEZ 303: UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? UTILISE <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT N'UTILISE PAS <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT PAS POSÉE <input type="checkbox"/>		→ 820 → 822
819	Diriez-vous que l'utilisation de la contraception est principalement votre décision, principalement celle de votre (mari/partenaire) ou est-ce une décision commune que vous avez prise ensemble ?	DÉCISION DE L'ENQUÊTÉ 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE 2 DÉCISION COMMUNE 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	→ 821
820	Diriez-vous que le fait de ne pas utiliser la contraception est principalement votre décision, principalement celle de votre (mari/partenaire) ou est-ce une décision commune que vous avez prise ensemble ?	DÉCISION DE L'ENQUÊTÉ 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE 2 DÉCISION COMMUNE 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	
821	VÉRIFIEZ 304: NI LUI, NI ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ IL OU ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ		→ 901
822	Est-ce que votre (mari/partenaire) veut le même nombre d'enfants que vous ou en veut-il plus ou moins que vous ?	MÊME NOMBRE 1 PLUS D'ENFANTS 2 MOINS D'ENFANTS 3 NE SAIT PAS 8	

SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
901	VÉRIFIEZ 701: ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME ↓	PAS EN <input type="checkbox"/> UNION	→ 909
902	Quel âge avait votre (mari/partenaire) à son dernier anniversaire ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
903	Est-ce que votre (mari/partenaire) a fréquenté l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 906
904	Quel est le plus haut niveau d'étude qu'il a atteint: primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 1 2 SECONDAIRE 2 3 SUPÉRIEUR 4 NE SAIT PAS 8	→ 906
905	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/ANNÉE] <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
906	Est-ce que votre (mari/partenaire) a effectué un travail au cours des 7 derniers jours ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 908
907	Est-ce que votre (mari/partenaire) a effectué un travail au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 909
908	Quelle est l'occupation de votre(mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail fait-il principalement ?	_____ _____ _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	
909	En dehors de votre travail domestique, avez-vous travaillé au cours des sept derniers jours ?	OUI 1 NON 2	→ 913
910	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	→ 913
911	Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des sept derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter pour vacances, maladie, maternité ou pour une autre raison ?	OUI 1 NON 2	→ 913
912	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	→ 917
913	Quelle est votre occupation? C'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?	_____ _____ _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
914	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte ?	MEMBRE DE LA FAMILLE 1 QUELQU'UN D'AUTRE 2 À SON COMPTE 3	
915	Travaillez-vous habituellement toute l'année, ou de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE 2 DE TEMPS EN TEMPS 3	
916	Êtes-vous payée en argent ou en nature pour ce travail ou n'êtes-vous pas payée du tout ?	ARGENT SEULEMENT 1 ARGENT ET NATURE 2 NATURE SEULEMENT 3 PAS PAYÉE 4	
917	VÉRIFIEZ 701: ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> ↓ PAS EN UNION <input type="checkbox"/> → 925		
918	VÉRIFIEZ 916: CODE '1' OU '2' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ AUTRE <input type="checkbox"/> → 921		
919	Habituellement, qui décide comment l'argent que vous gagnez va être utilisé : c'est vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
920	Diriez-vous que vous gagnez plus que votre (mari/partenaire), moins ou à peu près la même chose ?	PLUS QUE LUI 1 MOINS QUE LUI 2 À PEU PRÉS LA MÊME CHOSE 3 MARI/PARTENAIRE N'A PAS DE REVENUS 4 NE SAIT PAS 8	→ 922
921	Habituellement, qui décide comment l'argent que votre (mari/partenaire) gagne va être utilisé: vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 MARI/PARTENAIRE N'A PAS DE REVENUS 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
922	Habituellement, qui prend les décisions en ce qui concerne vos propres soins de santé: vous, votre (mari/partenaire), conjointement vous et votre (mari/partenaire) ou quelqu'un d'autre ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	
923	Qui prend habituellement les décisions concernant les achats importants pour le ménage ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	

SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																								
924	Qui prend habituellement les décisions concernant les visites à votre famille ou parents ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6																									
925	Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE SEULEMENT 1 CONJOINTEMENT SEULEMEI 2 SEULE ET CONJOINTEMENT 3 N'EN POSSÈDE PAS 4	→ 928																								
926	Avez-vous un acte de propriété pour une maison que vous possédez ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 928																								
927	Est-ce que votre nom figure sur l'acte de propriété ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																									
928	Est-ce que vous possédez de la terre agricole ou non agricole, seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE SEULEMENT 1 CONJOINTEMENT SEULEMEI 2 SEULE ET CONJOINTEMENT 3 N'EN POSSÈDE PAS 4	→ 931																								
929	Avez-vous un acte de propriété pour une terre que vous possédez ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 931																								
930	Est-ce que votre nom figure sur l'acte de propriété ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																									
931	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE POINT DE L'INTERVIEW (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS OU PAS PRÉSENTES).	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRES./ PRES./ N'ÉCOUTE ÉCOUTE.</th> <th>PAS PAS.</th> <th>PAS PRES.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS < 10</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>MARI</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		PRES./ PRES./ N'ÉCOUTE ÉCOUTE.	PAS PAS.	PAS PRES.	ENFANTS < 10	1	2	3	MARI	1	2	3	AUTRES HOMMES	1	2	3	AUTRES FEMMES	1	2	3					
	PRES./ PRES./ N'ÉCOUTE ÉCOUTE.	PAS PAS.	PAS PRES.																								
ENFANTS < 10	1	2	3																								
MARI	1	2	3																								
AUTRES HOMMES	1	2	3																								
AUTRES FEMMES	1	2	3																								
932	<p>Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :</p> <p>a) Si elle sort sans le lui dire ?</p> <p>b) Si elle néglige les enfants ?</p> <p>c) Si elle argumente avec lui ?</p> <p>d) Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?</p> <p>e) Si elle brûle la nourriture ?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) SORT SANS LE LUI DIRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) NÉGLIGE LES ENFANTS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) ARGUMENTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) REFUSE RAP. SEXUELS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) BRÛLE NOURRITURE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) SORT SANS LE LUI DIRE	1	2	8	b) NÉGLIGE LES ENFANTS	1	2	8	c) ARGUMENTE	1	2	8	d) REFUSE RAP. SEXUELS	1	2	8	e) BRÛLE NOURRITURE	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																								
a) SORT SANS LE LUI DIRE	1	2	8																								
b) NÉGLIGE LES ENFANTS	1	2	8																								
c) ARGUMENTE	1	2	8																								
d) REFUSE RAP. SEXUELS	1	2	8																								
e) BRÛLE NOURRITURE	1	2	8																								

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1001	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler de VIH ou de sida ?	OUI 1 NON 2	→ 1042
1002	Le VIH est le virus qui cause le sida. Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1003	Est-ce qu'on peut contracter le VIH par les piqûres de moustiques ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1004	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1005	Est-ce qu'on peut contracter le VIH en partageant la nourriture avec une personne qui a le VIH ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1006	Est-ce qu'on peut contracter le VIH en embrassant une personne qui a le sida ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1007	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le VIH ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1008	Est-ce que le VIH peut être transmis de la mère à son enfant :		
	a) Durant la grossesse ?	OUI NON NSP a) DURANT LA GROSSESSE 1 2 8	
	b) Durant l'accouchement ?	b) DURANT ACCOUCHE 1 2 8	
	c) En allaitant ?	c) EN ALLAITANT 1 2 8	
1009	VÉRIFIEZ 1008: AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> ↓ AUTRE <input type="checkbox"/> → 1011		
1010	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le VIH pour réduire le risque de transmission à son enfant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1011	VÉRIFIEZ 208 ET 215: DERNIÈRE NAISSANCE EN 2019-2021 <input type="checkbox"/> ↓ PAS DE NAISSANCE <input type="checkbox"/> → 1027 DERNIÈRE NAISSANCE EN 2018 OU PLUS <input type="checkbox"/> → 1027		
1012	VÉRIFIEZ 408 POUR DERNIÈRE NAISSANCE: A EU DES SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> ↓ PAS DE SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> → 1020		
1013	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUS LES EFFORTS POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
1014	Au cours de l'une des visites prénatales pour votre dernière naissance, est-ce que l'on vous a parlé :		
	a) Des bébés qui contractent le VIH de leur mère ?	OUI NON NSP a) VIH DE LA MÈRE 1 2 8	
	b) Des choses que vous pouvez faire pour ne pas contracter le VIH ?	b) CHOSES À FAIRE 1 2 8	
	c) Effectuer un test du VIH ?	c) TEST DU VIH 1 2 8	

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1015	Dans le cadre des visites prénatales, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du VIH ?	OUI 1 NON 2	
1016	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du VIH dans le cadre de vos soins prénatals ?	OUI 1 NON 2	→ 1020
1017	Où le test a-t-il été fait ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL PUBLIC 11 CENTRE DE SANTÉ PUBLIC 12 CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL 13 CLINIQUE DE PLANIFICATION FAMILIAI 14 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL 15 AUTRE SECTEUR MEDICAL PUBLIC _____ 16 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ 21 CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL 22 PHARMACIE 23 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL 24 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 26 (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE MAISON 31 LIEU DE TRAVAIL 32 CENTRE DE DÉTENTION 33 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
1018	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous eu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	→ 1020
1019	Toutes les femmes sont censées recevoir des conseils après avoir effectué le test. Après avoir effectué votre test, avez-vous reçu des conseils ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1020	VÉRIFIEZ 430 POUR DERNIÈRE NAISSANCE: UN CODE <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> '21-36' ENCERCLÉ ↓		→ 1024
1021	Entre le moment où vous êtes arrivée pour accoucher mais avant que l'enfant naisse, vous a-t-on proposé de faire un test du VIH ?	OUI 1 NON 2	
1022	Je ne veux pas connaître les résultats mais vous a-t-on fait un test du VIH à ce moment-là ?	OUI 1 NON 2	→ 1024
1023	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous eu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	→ 1025
1024	VÉRIFIEZ 1016: OUI <input type="checkbox"/> NON OU <input type="checkbox"/> PAS POSÉE ↓		→ 1027

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1025	Avez-vous effectué un test du VIH depuis le moment où vous avez fait un test durant votre grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 1028
1026	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A DES MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS 95	→ 1033
1027	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous déjà fait un test du VIH ?	OUI 1 NON 2	→ 1031
1028	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A DES MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS 95	
1029	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous eu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	
1030	Où le test a-t-il été fait ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL PUBLIC 11 CENTRE DE SANTÉ PUBLIC 12 CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL 13 CLINIQUE DE PLANIFICATION FAMILIAI 14 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL 15 AUTRE SECTEUR MEDICAL PUBLIC _____ 16 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ 21 CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL 22 PHARMACIE 23 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL 24 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 26 (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE MAISON 31 LIEU DE TRAVAIL 32 CENTRE DE DÉTENTION 33 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	→ 1033
1031	Connaissez-vous un endroit où les gens peuvent aller pour faire un test du VIH ?	OUI 1 NON 2	→ 1033

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1032	<p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL PUBLIC A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PUBLIC B</p> <p>CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL C</p> <p>CLINIQUE DE PLANIFICATION FAMILIAI D</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL E</p> <p>AUTRE SECTEUR MEDICAL PUBLIC _____ F (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ G</p> <p>CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL H</p> <p>PHARMACIE I</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL J</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ K (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	
1033	Avez-vous entendu parler de tests que les gens peuvent utiliser pour se tester eux-mêmes pour le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1035
1034	Vous êtes-vous testée vous-même en utilisant un kit de test ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
1035	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEN 8</p>	
1036	Pensez-vous que des enfants vivant avec le VIH devraient être autorisés à aller à l'école avec des enfants qui n'ont pas le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEN 8</p>	
1037	Pensez-vous que les gens hésitent à faire un test du VIH parce qu'ils ont peur de la réaction des autres si le résultat de leur test était VIH positif ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEN 8</p>	
1038	Est-ce que les gens parlent mal de ceux qui vivent avec le VIH ou dont on pense qu'ils vivent avec le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEN 8</p>	
1039	Est-ce que les gens qui vivent avec le VIH, ou dont on pense qu'ils vivent avec le VIH, perdent le respect des autres ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEN 8</p>	
1040	Êtes-vous d'accord ou non avec la déclaration suivante : j'aurais honte si quelqu'un de ma famille avait le VIH.	<p>D'ACCORD 1</p> <p>PAS D'ACCORD 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEN 8</p>	
1041	Avez-vous peur de contracter le VIH si vous étiez en contact avec la salive d'une personne vivant avec le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>DIT QU'ELLE A LE VIH 3</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEN 8</p>	

SECTION 10. VIH/SIDA

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

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1050	<p>Où êtes-vous allée ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL PUBLIC A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PUBLIC B</p> <p>CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL C</p> <p>CLINIQUE DE PLANIFICATION FAMILIAI D</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL E</p> <p>AUTRE SECTEUR MEDICAL PUBLIC _____ F (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTUER MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ G</p> <p>CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL H</p> <p>PHARMACIE I</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL J</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ K (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE L</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	
1051	Si une femme sait que son mari est atteint d'une maladie qu'elle peut contracter au cours de rapports sexuels, pensez-vous qu'il est justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent un condom quand ils ont des rapports sexuels ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1052	Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a des relations sexuelles avec d'autres femmes ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1053	<p>VÉRIFIEZ 701:</p> <p>ACTUELLEMENT EN UNION <input type="checkbox"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>VIT AVEC UN HOMME ↓</p>		→ 1101
1054	Pouvez-vous refuser d'avoir des rapports sexuels avec votre (mari/partenaire) quand vous ne souhaitez pas en avoir ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>ÇA DÉPEND/PAS SÛR! 8</p>	
1055	Pourriez-vous demander à votre (mari/partenaire) d'utiliser un condom si vous vouliez qu'il en utilise un ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>ÇA DÉPEND/PAS SÛR! 8</p>	

SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À															
1101	Je voudrais maintenant vous poser d'autres questions concernant des problèmes de santé. Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on fait une injection pour une raison quelconque ? SI OUI: Combien d'injections avez-vous eu ? SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST DE 90 OU PLUS OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '90'. DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 1104															
1102	Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou un autre personnel de santé ? SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST DE 90 OU PLUS OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '90'. DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 1104															
1103	La dernière fois que vous avez eu une injection effectuée du personnel de santé, est-ce qu'il/elle a pris la seringue et l'aiguille d'un emballage neuf qui n'avait pas été ouvert ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																
1104	Fumez-vous actuellement des cigarettes chaque jour, certains jours ou pas du tout ?	CHAQUE JOUR 1 CERTAINS JOURS 2 PAS DU TOUT 3	→ 1106															
1105	En moyenne, combien de cigarettes fumez-vous actuellement par jour ?	NOMBRE DE CIGARETTES <input type="text"/> <input type="text"/>																
1106	Actuellement, est-ce que vous fumez ou utilisez un autre type de tabac chaque jour, certains jours ou pas du tout ?	CHAQUE JOUR 1 CERTAINS JOURS 2 PAS DU TOUT 3	→ 1108															
1107	Actuellement, quel autre type de tabac fumez-vous ou utilisez-vous ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PIPES BOURRÉES DE TABAC B CIGARES, CHEROOTS, OU CIGARILLOS C PIPE À EAU D TABAC À CHIQUER E SNUFF À PRISER F TABAC À MÂCHER G AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)																
1108	Différentes raisons peuvent empêcher les femmes d'obtenir un avis médical ou de se faire soigner. Quand vous êtes malade et que vous voulez un avis médical ou un traitement, est-ce que chacune des raisons suivantes constitue, pour vous, un problème important ou non ou n'est pas un problème important: a) Obtenir la permission d'aller voir un médecin ? b) Obtenir l'argent nécessaire pour le conseil ou le traitement ? c) La distance pour atteindre l'établissement de santé ? d) Ne pas vouloir y aller seule ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>PROBLÈME IMPORTANT</th> <th>PAS UN PROBLÈME IMPORTANT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PERMISSION</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) OBTENIR L'ARGENT'</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) DISTANCE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) ALLER SEULE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		PROBLÈME IMPORTANT	PAS UN PROBLÈME IMPORTANT	a) PERMISSION	1	2	b) OBTENIR L'ARGENT'	1	2	c) DISTANCE	1	2	d) ALLER SEULE	1	2	
	PROBLÈME IMPORTANT	PAS UN PROBLÈME IMPORTANT																
a) PERMISSION	1	2																
b) OBTENIR L'ARGENT'	1	2																
c) DISTANCE	1	2																
d) ALLER SEULE	1	2																

SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1109	Êtes-vous couverte par une assurance médicale ?	OUI 1 NON 2	→ 1111
1110	Par quel type d'assurance médicale êtes-vous couverte ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MUTUELLE DE SANTÉ/ ASSURANCE SANTÉ COMMUNAUTAIRE A ASSURANCE SANTÉ PAR L'EMPLOYEUR B SÉCURITÉ SOCIALE C AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE D AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
1111	VÉRIFIEZ COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE: MÉNAGE NON SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME <input type="checkbox"/> → 1300	MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME <input type="checkbox"/> → 1200	

MODULE VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																								
1200	<p>VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE: FEMME SÉLECTIONNÉE POUR LE MODULE VD ?</p> <p>FEMME SÉLECTIONNÉE <input type="checkbox"/> FEMME <input type="checkbox"/> → 1330 POUR CETTE SECTION ↓ NON SÉLECTIONNÉE</p>																										
1201	<p>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES: NE PAS CONTINUEZ TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS CERTAINE D'ÊTRE EN PRIVÉ.</p> <p>VOUS ÊTES EN PRIVÉ 1 ↓ IMPOSSIBLE D'ÊTRE EN PRIVÉ 2 → 1232</p>																										
1201A	<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 à MADAGASCAR. Je vous garantis que vos réponses resteront complètement confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. Je tiens aussi à vous assurer que personne d'autre que vous dans votre ménage ne saura que l'on vous a posé ces questions. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante.</p>																										
1202	<p>VÉRIFIEZ 701 ET 702:</p> <p>ACTUELLEMENT EN UNION/ VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> ↓ PRÉCÉDEMMENT EN UNION/ A VÉCU AVEC UN HOMME (LISEZ AU PASSÉ ET UTILISEZ "DERNIER" AVEC MARI/PARTENAIRE) ↓ JAMAIS EN UNION/ JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> → 1216</p>																										
1203	<p>Tout d'abord, je vais vous poser des questions sur des situations auxquelles certaines femmes sont confrontées. Dites-moi, s'il vous plait, si les situations suivantes s'appliquent à vos relations avec votre (dernier) (mari/partenaire) ?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Il (est/était) jaloux ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres hommes ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) Il vous (accuse/accusait) souvent d'être infidèle ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) Il ne vous (permet/permettait) pas de voir vos amies ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) Il (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) Il (insiste /insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) Il (est/était) jaloux ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres hommes ?	1	2	8	b) Il vous (accuse/accusait) souvent d'être infidèle ?	1	2	8	c) Il ne vous (permet/permettait) pas de voir vos amies ?	1	2	8	d) Il (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille ?	1	2	8	e) Il (insiste /insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments ?	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																								
a) Il (est/était) jaloux ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres hommes ?	1	2	8																								
b) Il vous (accuse/accusait) souvent d'être infidèle ?	1	2	8																								
c) Il ne vous (permet/permettait) pas de voir vos amies ?	1	2	8																								
d) Il (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille ?	1	2	8																								
e) Il (insiste /insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments ?	1	2	8																								
1204	<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>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></th> <th>SOUVENT</th> <th>TEMPS EN PAS DANS 12 TEMPS DERNIERS MOIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes ?</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2 3</td> </tr> <tr> <td>b) Vous menace de vous blesser ou de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche ?</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2 3</td> </tr> <tr> <td>c) Vous insulte ou vous rabaisse ?</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2 3</td> </tr> </tbody> </table>		DÉJÀ ARRIVÉ		SOUVENT	TEMPS EN PAS DANS 12 TEMPS DERNIERS MOIS	a) Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2 3	b) Vous menace de vous blesser ou de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2 3	c) Vous insulte ou vous rabaisse ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2 3						
	DÉJÀ ARRIVÉ		SOUVENT	TEMPS EN PAS DANS 12 TEMPS DERNIERS MOIS																							
a) Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2 3																							
b) Vous menace de vous blesser ou de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2 3																							
c) Vous insulte ou vous rabaisse ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2 3																							

MODULE VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																																																																								
1205	<p>A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) (mari/partenaire) vous ait fait l'une des choses suivantes :</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 colspan="2">DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th colspan="3">TEMPS EN PAS DANS 12 MOIS</th> </tr> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>SOUVENT</th> <th>DE TEMPS EN TEMPS</th> <th>PAS DU TOUT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) vous bouscule, secoue ou vous jette quelque chose ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>b) vous gifle ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>e) vous donne des coups de pieds, vous traîne par terre ou vous batte ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>f) essaye de vous étrangler ou de vous brûler avec l'intention de le faire ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>g) vous menace ou vous attaque avec un couteau, un fusil ou une autre arme ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>h) vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>i) vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>j) vous force en vous menaçant ou d'une autre manière à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		DÉJÀ ARRIVÉ		TEMPS EN PAS DANS 12 MOIS				OUI	NON	SOUVENT	DE TEMPS EN TEMPS	PAS DU TOUT	a) vous bouscule, secoue ou vous jette quelque chose ?	1	2	→ 1	2	3	b) vous gifle ?	1	2	→ 1	2	3	c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?	1	2	→ 1	2	3	d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?	1	2	→ 1	2	3	e) vous donne des coups de pieds, vous traîne par terre ou vous batte ?	1	2	→ 1	2	3	f) essaye de vous étrangler ou de vous brûler avec l'intention de le faire ?	1	2	→ 1	2	3	g) vous menace ou vous attaque avec un couteau, un fusil ou une autre arme ?	1	2	→ 1	2	3	h) vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas ?	1	2	→ 1	2	3	i) vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	1	2	→ 1	2	3	j) vous force en vous menaçant ou d'une autre manière à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	1	2	→ 1	2	3		
	DÉJÀ ARRIVÉ		TEMPS EN PAS DANS 12 MOIS																																																																								
	OUI	NON	SOUVENT	DE TEMPS EN TEMPS	PAS DU TOUT																																																																						
a) vous bouscule, secoue ou vous jette quelque chose ?	1	2	→ 1	2	3																																																																						
b) vous gifle ?	1	2	→ 1	2	3																																																																						
c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?	1	2	→ 1	2	3																																																																						
d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?	1	2	→ 1	2	3																																																																						
e) vous donne des coups de pieds, vous traîne par terre ou vous batte ?	1	2	→ 1	2	3																																																																						
f) essaye de vous étrangler ou de vous brûler avec l'intention de le faire ?	1	2	→ 1	2	3																																																																						
g) vous menace ou vous attaque avec un couteau, un fusil ou une autre arme ?	1	2	→ 1	2	3																																																																						
h) vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas ?	1	2	→ 1	2	3																																																																						
i) vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	1	2	→ 1	2	3																																																																						
j) vous force en vous menaçant ou d'une autre manière à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	1	2	→ 1	2	3																																																																						
1206	<p>VÉRIFIEZ 1205A (a-j):</p> <p align="center"> AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/> </p>		<p align="right">→ 1209</p>																																																																								
1207	<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>																																																																									
1208	<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>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OUI</td> <td>.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OUI</td> <td>.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>.....</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2	OUI	1	NON	2	OUI	1	NON	2																																																							
OUI	1																																																																									
NON	2																																																																									
OUI	1																																																																									
NON	2																																																																									
OUI	1																																																																									
NON	2																																																																									

MODULE VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																				
1209	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	→ 1211																				
1210	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																					
1211	Est-ce que votre (dernier) (mari/partenaire) boit (buvait) de l'alcool ?	OUI 1 NON 2	→ 1213																				
1212	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																					
1213	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																					
1214	VÉRIFIEZ 709: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> EN UNION PLUS <input type="checkbox"/> D'UNE FOIS ↓ EN UNION SEULEMENT <input type="checkbox"/> UNE FOIS </div>		→ 1216																				
1215	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) .	B. Il y a combien de temps que cela s'est produit ?																					
		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th>IL Y A 0-11 MOIS</th> <th>IL Y A 12 MOIS OU PLUS</th> <th>NE SE SOUVIENT PAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>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 ?</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>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 ?</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>c) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous humilie devant d'autres personnes, menace de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche, vous insulte ou vous rabaisse ?</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		DÉJÀ ARRIVÉ	IL Y A 0-11 MOIS	IL Y A 12 MOIS OU PLUS	NE SE SOUVIENT PAS	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 ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	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 ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	c) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous humilie devant d'autres personnes, menace de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche, vous insulte ou vous rabaisse ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	
	DÉJÀ ARRIVÉ	IL Y A 0-11 MOIS	IL Y A 12 MOIS OU PLUS	NE SE SOUVIENT PAS																			
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 ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3																			
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 ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3																			
c) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous humilie devant d'autres personnes, menace de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche, vous insulte ou vous rabaisse ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3																			
1216	VÉRIFIEZ 701 ET 702: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A DÉJÀ ÉTÉ EN UNION/ A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓</p> </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <p>JAMAIS EN UNION/ JAMAIS VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓</p> </div> </div> <p>a) Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre que (votre/un) (mari/partenaire) vous a battu, giflé, donné des coups de pieds ou fait quelque chose pour vous faire mal physiquement ?</p> <p>b) Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un vous a battu, giflé ou donné des coups de pieds ou fait quelque chose d'autre pour vous faire mal physiquement ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3</p>	→ 1219																				

MODULE VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1217	<p>Qui vous a agressé de cette façon ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	MÈRE/ FEMME DU PÈRE A PÈRE/ MARI DE LA MÈRE B SOEUR/FRÈRE C FILLE/FILS D AUTRE PARENT E PETIT AMI ACTUEL F PETIT AMI PRÉCÉDEN G BELLE-MÈRE H BEAU-PÈRE I AUTRE BEAU-PARENT J ENSEIGNANT K EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL L POLICE/SOLDAT M AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
1218	<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>	SOUVENT 1 DE TEMPS EN TEMPS 2 PAS DU TOUT 3	
1219	<p>VÉRIFIEZ 201, 226 ET 230:</p> <p align="center">A DÉJÀ ÉTÉ ENCEINTE <input type="checkbox"/> (OUI À 201 OU 226 OU 230) ↓</p> <p align="center">N'A JAMAIS ÉTÉ ENCEINTE <input type="checkbox"/> → 1222</p>		
1220	<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>	OUI 1 NON 2	→ 1222
1221	<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>	MARI/PARTENAIRE ACTUEL A MÈRE/ FEMME DU PÈRE B PÈRE/ MARI DE LA MÈRE C SOEUR/FRÈRE D FILLE/FILS E AUTRE PARENT F ANCIEN MARI/PARTENAIRE G PETIT AMI ACTUEL H ANCIEN PETIT AMI I BELLE-MÈRE J BEAU-PÈRE K AUTRE BEAU-PARENT L ENSEIGNANT M EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL N POLICE/SOLDAT O AUTRE _____ X (SPECIFY)	
1222	<p>VÉRIFIEZ 701 ET 702:</p> <p align="center">A DÉJÀ ÉTÉ EN UNION/A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> ↓</p> <p align="center">JAMAIS EN UNION/ VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> → 1222B</p>		
1222A	<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). 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>	OUI 1 NON 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	→ 1223 → 1224A

MODULE VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1222B	À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?	OUI 1 NON 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	→ 1226
1223	Quelle est la personne qui vous a forcé la première fois que cela est arrivé?	MARI/PARTENAIRE ACTUEL 01 ANCIEN MARI/PARTENAIRE 02 PETIT AMI ACTUEL/ANCIEN 03 PÈRE/BEAU-PÈRE 04 FRÈRE/BEAU-FRÈRE 05 AUTRE PARENT 06 BEAU-PARENT 07 AMI/RENCONTRE 08 AMI DE LA FAMILLE 09 ENSEIGNANT 10 EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL 11 POLICE/SOLDAT 12 PRÊTRE/RELIGIEUX 13 INCONNU 14 AUTRE _____ 96 (SPECIFY)	
1224	VÉRIFIEZ 701 ET 702: A DÉJÀ ÉTÉ EN UNION A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓ a) Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un, autre que (votre/un) mari/partenaire) vous a forcé physiquement à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ? JAMAIS EN UNION/ JAMAIS VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓ b) Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a forcé physiquement à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?	OUI 1 NON 2	→ 1225
1224A	VERIFIER 1205A (h-j) and 1215A(b): AU MOINS UN <input type="checkbox"/> 'OUI' ↓ PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI' →		→ 1226
1225	VÉRIFIEZ 701 AND 702: A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓ a) Quel âge aviez-vous la première fois que quelqu'un, y compris (votre/un de vos) mari/partenaire, vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ? JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓ b) Quel âge aviez-vous la première fois que l'on vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	

MODULE VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																								
1226	VÉRIFIEZ 1205A (a-j), 1215A (a,b), 1216, 1220, 1222A ET 1222B: AU MOINS UN <input type="checkbox"/> 'OUI' ↓	PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI'	→ 1230																								
1227	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	→ 1229																								
1228	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 SERVICE SOCIAL DE COMMUNE I CENTRE D'ÉCOUTE ET DE CONSEIL JURIDIQUE (CECJ) J POLICE/GENDARMERIE K HOMME DE LOI/OPJ L SOCIÉTÉ CIVIL M AUTORITE LOCALE DE PROXIMITÉ N AUTRE X (SPECIFIER)	→ 1230																								
1229	Avez-vous parlé de cela à quelqu'un ?	OUI 1 NON 2																									
1230	Pour autant que vous le sachiez, est-ce que votre père battait votre mère ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																									
REMERCEZ L'ENQUÊTÉE DE SA COOPÉRATION ET RÉAFFIRMEZ-LUI QUE SES RÉPONSES RESTERONT CONFIDENTIELLES. COMPLÉTEZ LES QUESTIONS CI-DESSOUS CONCERNANT LE MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE SEULEMENT.																											
1231	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"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>OUI, PLUS</td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1 FOIS</td> <td>D'UNE FOIS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MARI</td> <td>..... 1</td> <td>..... 2</td> <td>..... 3</td> </tr> <tr> <td>AUTRE HOMME</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>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> </table>		OUI	OUI, PLUS	NON		1 FOIS	D'UNE FOIS		MARI 1 2 3	AUTRE HOMME				ADULTE 1 2 3	FEMME ADULTE 1 2 3	
	OUI	OUI, PLUS	NON																								
	1 FOIS	D'UNE FOIS																									
MARI 1 2 3																								
AUTRE HOMME																											
ADULTE 1 2 3																								
FEMME ADULTE 1 2 3																								
1232	COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE / SI L'ENQUÊTE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE N'A PU ÊTRE MENÉE, DONNEZ LES RAISONS. _____ _____																										
1233	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURES MINUTES	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>																								

SECTION ND. MALADIES NON TRANSMISSIBLES POUR LE QUESTIONNAIRE FEMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1301	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé a déjà vérifié votre tension artérielle ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1302	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou de l'hypertension ?	OUI 1 NON 2	→ 1306
1303	Dans les 12 derniers mois, est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou de l'hypertension ?	OUI 1 NON 2	
1304	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a prescrit des médicaments pour contrôler votre tension artérielle ?	OUI 1 NON 2	
1305	Est-ce que vous prenez actuellement des médicaments pour contrôler votre tension artérielle ?	OUI 1 NON 2	
1306	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé a déjà mesuré le niveau de sucre dans votre sang ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1307	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez un niveau élevé de sucre dans le sang ou du diabète ?	OUI 1 NON 2	→ 1311
1308	Dans les 12 derniers mois, est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a dit que vous aviez un niveau élevé de sucre dans le sang ou du diabète ?	OUI 1 NON 2	
1309	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a prescrit des médicaments pour contrôler votre niveau de sucre ou de diabète ?	OUI 1 NON 2	
1310	Est-ce que vous prenez des médicaments pour contrôler votre niveau élevé de sucre dans le sang ou votre diabète ?	OUI 1 NON 2	
1311	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une maladie cardiaque ou un problème cardiaque chronique ?	OUI 1 NON 2	→ 1313
1312	Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie cardiaque ou un problème cardiaque chronique ?	OUI 1 NON 2	
1313	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une maladie pulmonaire ou un problème pulmonaire chronique ?	OUI 1 NON 2	→ 1315
1314	Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie pulmonaire ou un problème pulmonaire chronique ?	OUI 1 NON 2	
1315	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez un cancer ou une tumeur ?	OUI 1 NON 2	→ 1317
1316	Suivez-vous actuellement un traitement pour un cancer ou une tumeur ?	OUI 1 NON 2	
1317	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous faisiez une dépression ?	OUI 1 NON 2	→ 1319

1318	Suivez-vous actuellement un traitement pour dépression ?	OUI 1 NON 2	
1319	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez de l'arthrite ?	OUI 1 NON 2	→ 1321
1320	Suivez-vous actuellement un traitement pour l'arthrite ?	OUI 1 NON 2	
1321	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une autre maladie chronique, c'est à-dire une autre maladie de longue durée ?	OUI 1 (SPÉCIFIEZ LA MALADIE CHRONIQUE) NON 2	→ 1323
1322	Suivez-vous actuellement un traitement pour (MALADIE CHRONIQUE À 1321) ?	OUI 1 NON 2	
1323	Avez-vous entendu parler du cancer du col de l'utérus ?	OUI 1 NON 2	→ 1325
1324	Avez-vous entendu parler de tests pour le cancer du col de l'utérus ?	OUI 1 NON 2	
1325	Je vais, maintenant, vous poser des questions sur des tests que le personnel de santé peut faire pour détecter un cancer du col de l'utérus. Le col de l'utérus est la partie qui relie l'utérus au vagin. Pour effectuer un test du cancer du col de l'utérus, on demande à la femme de s'allonger sur le dos en écartant les jambes. Ensuite, en utilisant une petite brosse ou un coton-tige, le personnel de santé prélève à l'intérieur de l'utérus un échantillon. L'échantillon est envoyé dans un laboratoire pour être testé. Ce test est appelé un frottis Pap ou un test PVH. Il y a une autre méthode qui est appelée IVA ou Inspection Visuelle après application d'Acide ascétique. Au cours de ce test, le personnel de santé applique du vinaigre dilué sur le col utérin pour voir si une réaction se produit.		
1326	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà fait un test de détection du cancer du col de l'utérus ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 1330
1327	Quand a eu lieu votre dernier test pour le cancer du col de l'utérus ?	ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	
	SI MOINS D'1 ANNÉE, INSCRIVEZ '00'.	NE SAIT PAS 98	
1328	Quel était le résultat de votre dernier test pour le cancer du col de l'utérus ?	NORMAL / NÉGATIF 1 ANORMAL / POSITIF 2 PAS CLAIR / NON CONCLUANT 3 N'A PAS REÇU DE RÉSULTATS 4 NE SAIT PAS 8	→ 1330 → 1330
1329	Avez-vous suivi un traitement pour le col de l'utérus ou avez-vous fait des visites de suivi à cause des résultats du test ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1330	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURES <input type="text"/> <input type="text"/>	
		MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/>	

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

COLONNE 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 PILULE DU LENDEMAIN
J MÉTHODE DES JOURS FIXES
K MÉTHODE DE L'AMÉNORRHÉE ET DE L'ALLAITEMENT MATERNEL
L MÉTHODE DU RYTHME

M RETRAIT
X AUTRE MÉTHODE MODERNE
Y AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE

COLONNE 2: DISCONTINUATION DE L'UTILISATION 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
C CONFINEMENT/COVID-19
X AUTRE _____
(PRÉCISEZ)
Z NE SAIT PAS

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

(1) On suppose que l'année de la collecte est 2021. Pour la collecte commençant en 2022, toutes les références aux années de calendrier doivent être augmentées d'une année ; par exemple, 2015 doit être changé en 2016, 2016 doit être changé en 2017, 2017 doit être changé en 2018, et ainsi de suite pour toutes les années dans tout le questionnaire.

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